Rok XXVI. Kraków, 29 Października 1887. Nr. 44.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

TREŚĆ: I. Z pracowni kliniki chirurgicznéj w Królewcu. DROBNIK: Topograficzno-anatomiczne spostrzeżenia w zakresie n. współczulnego szyi. — II. TRZEBICKY: Przyczynek do laparotomii w gruźliczém zapaleniu otrzewny. — III. KOPFF: Przyczynek do sprawy własności chłonniczéj skóry. — IV. BLUMENSTOK: Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell. Seryja II. IX. Pobicie w szkole. Śmierć z zapalenia opon mózgowych. — V. *Oceny i sprawozdania. Medycyna wewnętrzna.* FREUND: O składzie popiołu z krwi osób gruźlicą dotkniętych. — NEUMANN i SCHAEFFER: Przyczynek do etyjologii ropnego zapalenia opon mózgowych. — CATTANI i TIZZONI: O zarażeniu cholerą przez krew. — *Chirurgija.* LANGENBUCH: O użyteczności trójchlorku jodu jako środka odrażającego i przeciwgnilnego. — KÜMMEL: O gruźlicy kości czaszki. — *Choroby skórne.* VEIEL: O nowszych sposobach leczenia wyprysku. — *Farmakologija.* MEYJES: Kalomel jako środek moczopędny. — *Medycyna sądowa.* STOKVIS i BÓKAI: Przyczynek do nauki o otruciu chloranem potasowym. — VI. *Odcinek.* JABŁONOWSKI: Szkice sanitarne z Persyi (Dok.) — VII. *Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.* BROUARDEL: O sposobach szerzenia się duru brzusznego. — BÖHM: O potrzebie odosabniania, o szpitalach ku temu celowi służących i urządzeniu takowych. — VIII. *Wiadomości bieżące.*

I. Z pracowni kliniki chirurgicznéj w Królewcu.

Topograficzno- anatomiczne spostrzeżenia w zakresie n. współczulnego szyi.

Podał Dr. T. Drobnik.

Do najmniéj uwzględnionych przez anatomiję topograficzną narządów nerwowych należy n. współczulny. Przyczyna tego podwójna. Najpierw do niedawna jeszcze zdawało się chirurgom i anatomom, że sposobność obrażenia tego nerwu podczas operacyi dla głębokiego i ukrytego położenia nie zdarza się wcale. Drugiéj przyczyny, zdaniem mojém, szukać należy w niedokładnéj znajomości czynności n. współczulnego. I dzisiaj jeszcze niestety przyznać musimy z Hyrtlem, że fizyjologicznéj roli tego nerwu więcéj się domyślamy, niż ją dokładnie znamy i pojmujemy. Że jednak pierwsza przyczyna upadła, myślę więc, że będzie na czasie, jeżeli podam kilka uwag będących nieraz bezpośrednio w związku z praktyką chirurgiczną, a tyczących się topografii i rozgałęzienia n. współczulnego w części jego szyjnéj.

W celu jak najkrótszego załatwienia się z przedmiotem pominę wszelkie prostowanie zdań innych autorów, o ile to bez uszczerbku dla sprawy uczynić będzie można, i tylko rezultaty własnych poszukiwań będę się starał streścić.

Pod względem chirurgicznym, w téj pracy mnie szczególnie zajmującym, następujące tylko części n. współczulnego szyi zasługują na uwagę:

1. Odnoga zstępująca górnego zwoju współczulnego.
2. Zwój średni czyli tarczykowy.
3. Gałęzie sercowe (pierwsza i druga) n. współczulnego.
4. Stosunek n. współczulnego do n. krtaniowego górnego
5. Stosunek n. współczulnego do n. wstecznego.
6. Stosunek do tchawicy i gruczołu tarczykowego.
7. Stosunek do tętnicy tarczykowéj dolnéj.

Krańcowa struna n. współczulnego leży na szyi pomiędzy mięśniami przedkręgowemi a wielkiemi naczyniami szyi i n. błędnym. Mięsień długi szyi tworzy z m. prostym głowy przednim większym mniéj lub więcéj głęboką brózdę, w któréj często strunę krańcową odnaleźć można. Częściéj jednak przebiega ona wzdłuż i przed m. długim szyi. Zdanie Fischera (*Krankheiten des Halses. Handbuch d. allgemeinen und speciellen Chirurgie v. Pitha u. Billroth.* Erlangen, 1871. str. 14) podług którego nerw ten stale we wyżéj wzmiankowanéj brózdzie, nawiasem mówiąc, w miejscu dla niego bardzo dogodném, ma się znajdować, uważać należy jako niesłuszne.

Uderzające swą rozmaitością są opisy, znajdujące się w podręcznikach anatomii topograficznéj, stosunku struny krańcowéj szyi do głębokich powięzi téj części ciała. Z chaosu najrozmaitszych, a zwykle z wielką pewnością wypowiadanych zdań, nie podobna żadną miarą wytworzyć sobie dokładnego obrazu, w przybliżeniu odpowiadającego rzeczywistości. Führer (*Handbuch der chirurgischen Anatomie.* Berlin, 1857) twierdzi o przebiegu „struny krańcowéj“: *verläuft zu beiden Seiten auf den Muskeln vor der Wirbelsäule unter der Fascia vertebralis oder oberflächlich in einer Falte derselben.* Wręcz przeciwnie opisuje tę rzecz Henke (*Topographische Anatomie des Menschen.* Berlin, 1883): „*Der Sympathicus dagegen* (w przeciwstawieniu do n. błędnego) *mehr dem Bindegewebe der Muskeln anhängt, welche hier die Querfortsätze überziehen*“. Zbliżone do Führera zdanie wypowiada Tillaux (*Traite d'Anatomie topographique avec applications à la chirurgie.* Paryż, 1884): „*Quand au nerf grand sympathique il est plus profondément situé et complètement séparé du faisceau vasculo-nerveux par un feuillet aponévrotique special, qui est une dépendance de l'aponevrose profonde ou prévertébrale*“. Na cięciu poprzeczném (Tamże, str. 457) wykonaném na wysokości 6go kręgu szyi i podaném w wymienionem dziele Tillauxa w celu demonstracyi powięzi szyi nie znajdujemy żadnego „*feuillet aponevrotique special*“ dla struny krańcowéj. Przy opisie powięzi szyi (Tamże, str. 465)

Tillaux czyni w następujący sposób wzmiankę o n. współczulnym: „*Le nerf grand sympathique s'y trouve compris dans un dédoublement du feuillet prévertebrale et par conséquent dans une gaine différents de celle des gros vaissaux du cou*“. Fischer wreszcie w wyżéj wymienioném dziele mniema, że struna krańcowa otulona jest przez powięź przedkręgową, któréj budowę jako komórkowatą opisuje, prawdopodobnie chcąc powiedzieć, że składa się z luźnéj tkanki łącznéj.

Dla wyjaśnienia sprawy przedewszystkiém należy sobie wyrobić dokładne wyobrażenie o powięziach, będących przedmiotem opisu. Sprawa niełatwa. Każdy prawie autor podaje inny opis powięzi szyi. Rzecz, zdaniem mojém, ma się jak następuje: Najpierw odróżnić trzeba od reszty tkanki łącznéj szyi powięź przedkręgową, otulającą mięśnie przedkręgowe. Budowa téj powięzi po większéj części na różnych preparatach rozmaicie się przedstawia. W górnych środkowych częściach szyi najczęściéj jest ona luźną, ku dołowi i w okolicy wyrostków poprzecznych staje się więcéj ścisłą. W każdym razie należy ją uważać jako podlegającą licznym przejściom od zupełnie luźnéj tkanki łącznéj aż do dobrze określonéj i dającéj się odróżnić za pomocą noża i szczypiec powięzi.

Do powięzi przedkręgowéj przylega od przodu głęboka powięź szyi, w rzeczywistości przedstawiająca się jako tkanka łączna w niektórych miejscach silniéj powięzowato rozwinięta, otulająca większą część mięśni szyi, naczynia, nerwy i wnętrzności szyi (krtań, przełyk, tchawicę i gruczoł tarczykowy). Powięź ta zaczyna się u spodu czaszki, gdzie jest szczególnie w około żyły szyjnéj wewnętrznéj, tętnicy szyjnéj wewnętrznéj, n. błędnego, n. dodatkowego, językoruchowego, językogardlowego silnie rozwiniętą, tworząc w około nich pochwę, otulającą wszystkie te twory. Od ścian téj pochwy rozchodzą się na wewnątrz pomiędzy nerwy i naczynia pasma tkanki łącznéj oddzielające je od siebie. Jedno z nich przy spodzie czaszki daje się szczególniéj odróżnić. Oddziela ono n. błędny i żyłę szyjną od tętnicy tegoż nazwiska. Z tych pasm tkanki łącznéj wytwarza się ku dołowi pochwa głównych naczyń szyjnych, podczas gdy przednia ściana rozdziela się, aby zaopatrzyć wnętrzności i mięśnie szyi, tylna zaś ściana rozluźniająca się po większéj części ku dołowi w swéj budowie, otrzymuje przeznaczenie otulenia krańcowéj struny wraz z jéj główniejszemi odnogami. N. współczulny występuje jako zwój górny szyi na wysokości mniéj lub więcej drugiego kręgu i położony jest najdaléj ku tyłowi ogólnéj pochwy naczynio-nerwowéj, przyciśnięty do tylnéj ściany i zespojony z nią tkanką łączną od téjże się oddzielającą. Na stosownym preparacie uchwycić mogę w kleszcze tak przednią jak tylną ścianę pochwy podczaszkowéj. Przy podniesieniu tylnéj ściany wraz z n. współczulnym rozrywa się z wszelką łatwością luźna tkanka łącząca ją z powięzią przedkręgową.

Odnoga zstępująca górnego zwoju n. współczulnego.

Pod względem długości, kształtu i objętości odznacza się odnoga zstępująca górnego zwoju n. współczulnego, jak cały system nerwowy współczulny szyi, wielką niestałością. Długość zależy w pierwszym rzędzie od długości szyi w ogóle. Nie bez znacznego jednak wpływu na długość jest kształt zwoju górnego i istnienie średniego. Zwój górny ma postać wrzecionowatą; oś jego zwyczajnie $1\frac{1}{2}$—2cm. długa, rozciąga się nierzadko aż do 4 a nawet 5cm. Objętość do długości pozostaje w odwrotnym stosunku od 5 do 2mm. Odnoga zstępująca więc tém dłuższą będzie, im krótszy jest zwój górny. Oznaczenie dokładne jest niemożliwe i nie ma żadnego praktycznego celu. Postać jéj jest po większéj części walcowata, nierzadko jednak spłaszczona. Przy ocenie więc, czy odnoga zstępująca zwoju górnego została spłaszczoną przez ciśnienie guza, trzeba być ostrożnym. Tkanka łączna otulająca odnogę zstępującą górnego zwoju, a należąca, jak wykazałem, do głębokiéj powięzi szyi, jest w wielu przypadkach luźną. Nie rzadko jednak napotkać ją można zgrubiałą, barwy sino- lub żółtawo białéj. Zdarza się to szczególnie w razach, w których na szyi lub w jéj najbliższéj okolicy z nią pośrednio przez naczynia limfatyczne w styczności będącéj, sprawy zapalne przewlekłe, a więc przeważnie istoty gruźliczéj, występują, lub powoli rosnące guzy się rozwijają. W ogólności jednak powięź, o któréj mowa, bardzo jest rozmaitą pod względem ścisłości budowy i, jak wszystkie tkanki łączne, zdaje się być usposobioną do energicznego oddziaływania na podrażnienia zapalne działające powoli, nietylko pomnożeniem ale i zespojeniem składających ją komórek. W skutek téj właściwości powięzi uważać należy n. współczulny szyi, a szczególnie gałąź zstępującą, jako względnie najlepiéj ukrytą i zabezpieczoną przed wielu przypadłościami, szczególnie przed ropieniem gruźliczém tak gruczołów limfatycznych szyi, jak ropni ściekowych, daléj przed wolno rozwijającemi się niezłośliwemi guzami, do których, oprócz rozmaitych torbieli występujących w głębszych częściach szyi, przedewszystkiém wole zaliczyć należy. Przeciwko złośliwym nowotworom i guzom tkanka otulająca n. współczulny na szyi ochrony dać nie może. To się samo przez się rozumie.

Z anatomicznego układu i położenia n. współczulnego wynika daléj, że tenże nigdy nie może być wypartym ze swego położenia przez guzy powstałe w częściach objętych przedniemi blaszkami głębokiéj powięzi szyi. Przeciwnie n. błędny ze żyłą i tętnicą szyjną. Wielkie guzy niezrośnięte z tylną ścianą szyi, dają się bezpiecznie wyłuszczyć bez narażenia struny krańcowéj na niebezpieczeństwo zerwania lub przecięcia. (O gałęziach strony krańcowéj poniżéj będzie mowa).

Zwój średni struny krańcowéj szyi.

Niestały pod względem postaci, wielkości i stosunku do otaczających go utworów zwój średni struny krańcowéj szyi spotykamy, w razach gdy istnieje, często na jednéj stronie, nie ma go na drugiéj; zasługuje on na szczególną uwagę chirurgów z powodu styczności z tętnicą tarczykową dolną. Postać jego zwykle opisują jako wrzecionowatą. Zdanie to jest mylne. Przeciwnie, wrzecionowaty zwój średni rzadko napotkać się daje, o wiele częściéj widzimy go spłaszczony, nieregularno-wieloboczny, nawet na dwie części, połączone dwiema stosunkowo grubemi strunami, rozerwany. Ciekawe, a pod względem chirurgicznym uwagi godne, jest jego zachowanie się w obec tętnicy tarczykowéj dolnéj. Spotykamy ją ze zwojem średnim na wysokości pierwszego swego zagięcia [1]). Jeżeli jest niepodzielony, leży on przeważnie tuż ponad nią, w przeciwnym razie, część jedna większa leży nad nią, część druga mniejsza zwykle poniżéj niéj. Części te połączone są ze sobą dość grubemi nićmi nerwowemi, z których jedna może być także cieńszą, tworzącemi jakby

---

[1]) Opis zachowania się zwoju średniego w obec tętnicy tarczykowéj dolnéj w całości prawie daje się zastósować także do struny krańcowéj dolnéj, spotykającéj się z tém naczyniem w razie jego nieobecności w tém samém miejscu i w tych samych anatomicznych warunkach.

ucho od igły, przez które przeciska się tętnica tarczykowa dolna. Podobne ułożenie znajdujemy nieraz także w razach nieistnienia zwoju średniego. Struna krańcowa bowiem dzieli się wtenczas powyżéj tętnicy na odnogi co do objętości równe lub częściéj nierówne, łączące się poniżéj niéj znowu w jeden pień. Szczelina utworzona w ten sposób pomiędzy włóknami nerwowemi struny krańcowéj bywa zwykle obszerniejszą od ucha utworzonego przez zwój średni, lecz bywa także niekiedy bardzo ciasną, robiącą wrażenie, jakoby tętnica tarczykowa dolna przez nią przeciskać się musiała. Takie ułożenie anatomiczne, na które dotychczas, o ile mi wiadomo, nie zwrócono uwagi, zdaje mi się być ważném w razach silnego powiększenia się objętości tętnicy w przypadkach wola i choroby Basedowa, naraża bowiem włókna nerwowe co najmniéj na ciągłe drażnienie przez tętnienie, może sprowadzić zanik włókien nerwowych i przy nagłych poruszeniach głowy lub niedogodném jéj ułożeniu wywołać przerwanie struny krańcowéj. Szczęściem układu podobnego, choć dość częstego, nie spotykamy zawsze na obu stronach. Po największéj części na jednéj stronie swobodniejsze panują stosunki pomiędzy struną krańcową a tętnicą tarczykową dolną, zmniejszające bezpośrednie niebezpieczeństwo. Zdaje mi się, że wiele nierozwikłanych dotychczas przypadłości uważanych u chorych na wole, odnoszących się bądź do serca i układu naczyniowego, bądź z oddychaniem bliższą styczność mające, dają się wytłumaczyć przez dopiero co opisane stosunki anatomiczne. Wszakżeż wiemy, że niektóre objawy wola występują tylko śród rozdrażnienia umysłowego [1]) lub u kobiet podczas miesiączki, gdy naczynia tarczykowe nagle się rozszerzają. Objawy te u kobiet tłumaczono dotychczas peryjodyczném szybkiém zwiększaniem się wola przez silniejszy napływ krwi. Skutkiem powiększenia guza miało być ciśnienie na tchawicę, na n. błędny a nawet na strunę krańcową. Byłoto jedyne tłumaczenie niejasnych objawów i przypadłości wola i dla tego przytaczano je zawsze, pomimo jego niepewności a czasem nawet nieprawdopodobieństwa. Pewnego powiększenia wola wprawdzie w skutek silniejszego napływu krwi, a może i utrudnionego odpływu zaprzeczyć nie można, lecz ono nie wystarcza do wywołania bardzo gwałtownych nieraz i nagłych objawów. Przypuszczenie moje potrzebuje sprawdzenia na stole sekcyjnym, ponieważ nie może być potwierdzoném za pomocą wiwisekcyi i faktów zaczerpniętych z fizyjologii, która nas przy ocenieniu dokładném wielu objawów ze strony n. współczulnego prawie zupełnie opuszcza.

Odnogi sercowe struny krańcowéj szyi.

Z pomiędzy trzech odnóg sercowych na szczególne uwzględnienie zasługują tylko dwie górne, trzecia biorąca swój początek z dolnego zwoju współczulnego szyi do tego czasu nie weszła w obręb operacyj praktykowanych na téj części ciała.

[1]) Podczas gwałtownych wybuchów namiętności i uczuć zauważyć można towarzyszące przekrwieniu lub niedokrewności twarzy ciśnienie w okolicy krtani, połączone ze zmianą głosu, stającego się chropowatym. Równocześnie czujemy zciśnienie lub udręczenie (*angoisse*) w piersiach, któremu towarzyszy przyspieszone i powierzchowne oddychanie. Napad trwa niedługo i ustępuje przekrwieniu twarzy, a więc prawdopodobnie i mózgu, i głębokiemu oddychaniu. Objaw pierwszy polega częściowo na przekrwieniu w zakresie tętnic tarczykowych, wywołaném może skurczeniem tętnic mózgowych, podczas gdy jako powód choć nie przyczynę drugiego objawu tężec (*tetanus*) mięśni tchawicy i oskrzeli uważać należy.

Odnoga pierwsza oddziela się od struny krańcowéj dość często już ze zwoju górnego po większéj części kilku niémi. Początek ten jednakowoż stałym nie jest, gdyż również często zauważyć można wszystkie nici składające się na pierwszą odnogę sercową, wychodzące z odnogi zstępującéj górnego zwoju. Po złączeniu się wszystkich gałązek, znajdującém się często daleko od struny krańcowéj, pierwsza odnoga sercowa dąży ku wewnętrznéj ścianie tętnicy szyjnéj wspólnéj, z którą znika w klatce piersiowéj. Na szyi przebiega ona skośnie wzdłuż wewnętrznego krańca mięśnia długiego szyi.

Druga odnoga sercowa odczepia się od struny krańcowéj tuż ponad tętnicą tarczykową dolną, lub w razie istnienia zwoju średniego od tegoż. Powstaje ona z dwu albo trzech krótkich ramion i dąży na lewéj stronie ku tylnéj ścianie tętnicy podobojczykowéj, na prawej zaś do tętnicy bezimiennéj, aby z ich pochwami dostać się do osierdzia. Obie te odnogi otulone w tę samą tkankę łączną co struna krańcowa. Skutkiem tego do nich to samo zastósować można, co powyżéj powiedziałem o wpływie spraw zapalnych i guzów na strunę krańcową. Guzy pochodzące z okolicy tętnicy szyjnéj wspólnéj, a więc szczególnie wole, zagrażać muszą wprzód gałęziom sercowym, następnie dopiero saméj strunie krańcowéj. Odwrotnie ma się rzecz z guzami powstającemi z gruczołów limfatycznych, ciągnących się wzdłuż żyły szyjowéj wewnętrznéj.

Stósunek współczulnego systemu nerwowego szyi do nerwu krtaniowego górnego.

Nerw krtaniowy górny odczepia się od nerwu błędnego $1\frac{1}{2}$—2 cm. powyżéj zwoju górnego struny krańcowéj, przebiega skośnie od góry zewnątrz na dół i wewnątrz przed tymże i dzieli się ostatecznie na odnogę wewnętrzną, czuciową i na gałąź zewnętrzną, zawierającą oprócz czuciowych włókien, kończących się na dolnéj ścianie dolnéj struny głosowéj także ruchowe dla mięśnia pierścienio-tarczykowego (Longet: *Anatomie et Physiologie du système nerveux*. Tom II, Paryż, 1842). Oprócz tych włókien ruchowych, pochodzących prawdopodobnie z torów n. dodatkowego, dołączają się do n. krtaniowego górnego także włókna pochodzenia współczulnego i wprawdzie przeważnie przez odnogę, łączącą pierwszą gałęź sercową z odnogą zewnętrzną górnego nerwu krtaniowego. Około téj odnogi n. błędnego wytwarza się często sieć gęsta złożona z nici nn. współczulnych. Wymiana włókien odbywa się za pomocą kilku nici łączących gałąź sercową z n. krtaniowym górnym. Z téj sieci nasadzonéj nieraz gęsto drobnemi zwojami idą ku tętnicy szyjnéj zewnętrznéj jak i do leżącego pomiędzy nią i tętnicą szyjną wewnętrzną t. zw. zwoju tętnicy szyjnéj [1]), w razie jego istnienia, cienkie nici nerwowe, łączące się ze splotem tętnicy szyjnéj zewnętrznéj, od niego zaś bardzo drobne gałązki do ściany tętnicy szyjnéj wspólnéj.

Führer w wyżéj wspomnianém dziele przypisuje spostrzegane czasem po podwiązaniu t. szyjnéj wspólnéj zaburzenia w czynnościach krtani, nerwom wysyłanym przez n. krtaniowy górny do ściany tętnicy szyjnéj wspólnéj. Luschka (*Anatomie des menschlichen Halses*. Tübinga, 1862) nazywa nerw ten nerwem zstępującym n. krtaniowego górnego. Podług rysunku jednak podanego przez tego autora

[1]) Zwój tętnicy szyjnéj uważano dawniéj jako jeden ze zwojów należących do narządu n. współczulnego szyi. Podług nowszych badań nie jest on niczém więcéj jak gruczołem naczyniowym.

zdaje mi się prawdopodobném, że jego n. zstępujący jest po prostu odnogą łączącą odnogę zewnętrzną n. krtaniowego górnego z pierwszą odnogą sercową struny krańcowéj. Nić ta zespalająca nigdy wprawdzie nie odchodzi w bezpośrednią styczność ze ścianą samą tętnicy szyjnéj wspólnéj, lecz jest w tylną ścianę jéj pochwy wrośniętą, i nieraz bardzo długą, tak że dopiero poniżéj tętnicy tarczykowéj dolnéj z pierwszą odnogą sercową się łączy, przy podwiązaniu więc tętnicy szyjnéj wspólnéj łatwo jakimkolwiek sposobem obrażoną być może.

Ze względu, że pomimo największéj troskliwości przy preparowaniu, nigdy nie udało mi się odszukać nerwu idącego w tym kierunku wprost lub pośrednio od n. krtaniowego górnego do tętnicy szyjnéj wspólnéj, jestem zmuszony uważać odnogę zespalającą ten nerw z pierwszą odnogą sercową jako przyczynę występujących zaburzeń w czynnościach krtani po podwiązaniu tętnicy szyjnéj wspólnéj. Bądź jak bądź, czy się rzecz ma tak, jak dopiero co wyłożyć się starałem, czy też wspomniane zaburzenia czynności krtani wywołane być mogą obrażeniem drobnych gałązek współczulnych, idących do tętnicy szyjnéj wspólnéj od splotu tętnicy szyjnéj zewnętrznéj, ciekawe to spostrzeżenie Führera, poświadczone zresztą przez Langenbecka i innych chirurgów, wskazuje, że w torach współczulnych szyi znajdują się pierwiastki nerwowe, których podrażnienie wywołuje lub wywołać może zaburzenia w czynnościach dróg oddechowych. Czy te włókna nerwowe, wywołujące prawdopodobnie sposobem odruchowym wymienione zaburzenia, do stałych składników współczulnych nici nerwowych szyi należą, czy też je jako zbłąkane przypadkowo tylko włókna n. błędnego uważać należy, o tém przy zupełnym braku fizyjologicznych danych odnoszących się do objawów, o których mowa, i niedostateczności patologicznych spostrzeżeń przesądzać mi nie wolno. (Dok. nast.)

II. Przyczynek do laparotomii w gruźliczém zapaleniu otrzewny.

Podał
Dr. Rudolf Trzebicky,
Docent chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Szybki postęp, jakim chirurgija operacyjna poszczycić się może, zdobył dla niéj w ostatnich latach cały szereg chorób, o których leczeniu operacyjném przed niedawnym jeszcze czasem zaledwo myśleć było można. Dla ręki chirurga dostępne jest dziś zarówno wnętrze czaszki, jama brzuszna, jak i rozliczne zaułki mieszczące się w stawach. Praktyczna chirurgija przyswoiła sobie i zużytkowała wszystkie zdobycze ostatnich lat dziesiątek z dziedziny medycyny teoretycznéj, a przedewszystkiém bakteryjologii i téjto okoliczności zawdzięcza ona szczególnie swój szybki rozwój. Pod pewnym względem nawet chirurgija praktyczna wyprzedziła teoryję, gdyż czasem, choć tylko przypadkiem, osiągnęła wyniki, których teoryja wytłumaczyć nam jeszcze nie umie. Tyczy się to szczególniéj przypadków gruźliczego zapalenia otrzewny wyleczonych przez laparotomiję.

Spencer Wells był wprawdzie pierwszym, który w jednym przypadku gruźlicy otrzewny osiągnął trwały wynik przez laparotomiję, pozostanie jednak zawsze niezaprzeczoną zasługą Königa, że ogłaszając (*Ueber diffuse peritoneale Tuberculose*, *Centralblatt für Chirurgie* 1884 Nr. 6) cztery tego rodzaju przypadki zwrócił powszechną uwagę na ten przedmiot. Od téj chwili, jak to zresztą z góry przewidzieć było można, mnożyły się ogłoszenia podobnych przypadków tak, że Kümmell (Sprawozdanie z 16go Zjazdu chirurgów niemieckich, dodatek do *Centralblatt für Chirurgie* 1887 Nr. 25) mógł ich już na tegorocznym kongresie chirurgów podać przeszło 30.

Doliczając nasze 3 przypadki, których historyję poniżéj podać zamierzam, do wszystkich dotychczas ogłoszonych, mogę z całéj dotyczącéj a znanéj mi literatury zebrać 47 przypadków. Z następstw bezpośrednich po operacyi zmarły 3 pacyjentki (Naumann (*Fal af Tuberculosis peritonei behandlade med laparotomi.* Ref. w *Centalblatt f. Chir.* 1886 Nr. 2), Weinlechner (Weinstein *Ueber Peritonitis tuberculosa*, *Wiener med. Blätter* 1887 Nr. 17 i 18), podczas gdy u czwartéj (Czerny (*Gehle Ueber die primäre Tuberculose der weiblichen Genitalien*, Heidelberg 1881), rozwinęła się po laparotomii ostra ogólna gruźlica. U 5ciu chorych (König, Hofmokl (*Zur palliativen Incision bei Peritonitis tuberculosa*, *Wien. med. Woch.* 1887 Nr. 16), Kümmell (Sprawozdanie z 16 Zjazdu chirurgów), Hirschberg, Reuss (*Zur Palliativincision bei Peritonealtuberculose. Wien. med. Woch.* 1887 Nr. 34) zmarłych po kilku miesiącach w skutek ogólnéj gruźlicy, w jamie brzusznéj ponownie wypocina się nie nagromadziła. U jednéj choréj (Mikulicz) zmarłéj w 4 miesiące po operacyi z ogólnéj gruźlicy nie przyszło wcale do wyleczenia zapalenia otrzewny.

W 34 przypadkach (Sp. Wells (*Diagnose u. chir. Behandlung der Unterleibs-Geschwülste*, przekład Vragassyego, Wiedeń 1886 str. 17), (König, Naumann, Lindfors (*Zwei Falle von Tuberculose des Peritoneum*, Ref. w *Centralblatt f. Chir.* 1886 Nr. 28), (Hegar (*Die Entstehung, Diagnose u. chir. Behandlung der Genitaltuberculose des Weibes*, Stuttgart 1886), (Mosetig (*Kasuistik aus der ersten chir. Abtheilung des k. k. Wiedener Krankenhauses*, *Wien. med. Woch.* 1885 Nr. 9 i 10), (Dohrn (*Deutsch. med. Woch.* 1879), (Schröder (*Beitrag zur chir. Verwendung des Jodoforms*, Ref. w rocznikach Schmidta 1883 t. 199), (Homans (*Exploratory abdominal incisions*, Ref. w *Centralblatt f. Chir.* 1885 Nr. 30), (Börner (*Zur differentiellen Diagnostik einiger Unterleibstumoren*, *Wiener med. Presse* 1887 Nr. 4—6), (Hartwig (Poten. *Ein Fall geheilter Bauchfelltuberculose*, *Centralblatt f. Gyn.* 1887 Nr. 3), (Billroth (przytoczone według Schwarza), (Kümmell, Esmarch (Sprawozdanie z 16go Zjazdu chirurgów), (Wagner (Sprawozdanie z 16go Zjazdu chirurgów), (Launois (*Françe médicale* 1882, przytoczone według Truca *Traitement de la péritonite*), (Jacobi (*Med. News* 1886 str. 192), (Letiévant (przytoczone według Truca), (Wade (*Lancet* 1886/I str. 343), (Frommel (*Bericht über meine Privatanstalt*, *Münch. med. Woch.* 1886 Nr. 23), (Mikulicz, Knaggs, Battlehner (Sprawozdanie z Igo Zjazdu ginekologów niemieckich *Arch. f. Gyn.* T. 28 zeszyt 3), Säxinger) nastąpiło wyleczenie choć i tutaj tu i owdzie (König, Hegar, Braun, Breisky (Schwarz. *Ueber die palliative Incision bei Peritonitis tuberculosa. W. med. Woch.* 1887 Nr. 13—15) znajdujemy wzmiankę o wzmaganiu się gruźlicy w płucach. Co do wyniku operacyi u 3ch pacyjentek operowanych przez Prochownicka nie mogłem zasięgnąć wieści. Największa liczba przypadków dotyczyła kobiet, bardzo tylko nieliczne mężczyzn lub dzieci, czego przyczyny w tém głównie należy upatrywać, że zabieg operacyjny przedsiębrano prawie zawsze w następstwie błędnego

rozpoznania, celem wydobycia domniemanego torbiela jajnikowego.

Przytoczone daty są bezwzględnie zanadto małe, aby na ich podstawie można rzecz całą wyczerpująco rozstrzygnąć, zwłaszcza gdy uwzględnimy, że gruźlica błon surowiczych nie należy znowu do wielkich rzadkości, i gdy zważymy, że po większej części ogłoszonemi zostały przypadki uwieńczone pomyślnym skutkiem, podczas gdy przypadki niepomyślne nierównie rzadziej dochodzą do powszechnéj wiadomości. Samo rozpoznanie sprawy gruźliczéj nie we wszystkich przypadkach było zupełnie pewném, gdyż w kilku tylko badaniem drobnowidowém i bakteryjologiczném osiągnięto bezwzględną pewność pod tym względem. Nadto w niektórych przypadkach zbyt krótką była obserwacyja chorych po operacyi, aby polegając na niéj, można było mówić stanowczo o trwałém wyleczeniu. Z drugiéj jednak strony te przypadki, w których w czasie operacyi z bezwzględną pewnością rozpoznano gruźlicę otrzewny, a w których wyzdrowienie trwało już lat kilka (König, Hegar, Mikulicz i inni) wskazują nam dowodnie, że nie wolno nam się biernie zachowywać w obec tego cierpienia, owszem, że jesteśmy w prawie przystąpić do operacyi. Chociaż w niektórych ogłoszonych przypadkach nie osiągnięto trwałego wyleczenia, to przecież szczególniéj zaznaczają tu wszyscy niemal operatorowie tę okoliczność, że po operacyi do ponownego nagromadzenia się płynu w jamie brzusznéj nie przyszło, a chorzy po większéj części wolnymi byli od wszelkich dolegliwości, przyczém i stan ich ogólny, choć tylko na kilka miesięcy, znacznie się poprawiał. Nie można wprawdzie zaprzeczyć temu, aby gruźlica w jamie brzusznéj, tak, jak w innych okolicach ciała, nie mogła się samoistnie wygoić, gdyż ze wszechmiar wiarygodne obserwacyje to potwierdzają, w każdym jednak razie tak wyjątkowo pomyślne przypadki należą do nader rzadkich, tak, że lekarz tylko rzadko z taką możebnością liczyć się może. Zabieg operacyjny powinien być tém więcéj wskazanym, o ile, że, jak się zdaje, wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu, gruźlica otrzewny nie tak znów rzadko występuje jako cierpienie pierwotne nawet u osób dziedzicznie nieobciążonych, a zakażenie całego ustroju ztąd dopiero swój początek bierze. Z tego powodu usunięcie tego cierpienia przed wybuchem ogólnego zakażenia powinnoby dać nadzieję zupełnego i trwałego wyleczenia. Laparotomija sama wykonana według zasad chirurgii postępowéj uważaną jest powszechnie za zabieg prawie zupełnie bezpieczny; gdy więc każde inne leczenie nie daje nam żadnéj rękojmi, przeto leczeniu operacyjnemu nic zarzucić nie można. Że się w jednym przypadku po operacyi rozwinęła ogólna gruźlica, nie można o to obwiniać saméj operacyi tak, jak nie można czynić zarzutu samemu zabiegowi, gdy po forsownem redresowaniu stawu uległego ankylozie przyjdzie do zakażenia całego ustroju.

I obecnie nikt nie będzie twierdził, że we wszystkich przypadkach gruźlicy otrzewny na drodze operacyjnéj możemy osiągnąć trwałe wyleczenie lub przynajmniéj stałe polepszenie, tak jak i dziś, mimo wydoskonalonéj techniki opatrywania ran i operowania, przecież jeszcze dość znaczna ilość gruźliczych stawów stanowi wskazanie do amputacyi. A i ta operacyja niezawsze jest w stanie uratować życie choremu. Zdaje się, że stósunki są tu mniéj lub więcéj takie same, jak w gruźliczém zapaleniu stawów. Jak tu po laparotomii, tak i tam po leczeniu konserwatywném możemy się tylko wtedy spodziewać dobrych wyników, jeśli równocześnie nie ma zbyt wielkich zmian w płucach lub innych narządach. Doświadczenie uczy, że nacieki płucne miernego stopnia w niektórych przypadkach całkiem nie przeszkadzały do zupełnego wyleczenia, podczas gdy w innych przypadkach sprawa gojenia się cierpienia otrzewny nie wywarła żadnego wpływu na przebieg choroby płuc.

Samo leczenie polegało we wszystkich przypadkach na obszerném nacięciu przedniéj ściany brzusznéj i doszczętném wypuszczeniu nagromadzonéj surowiczo-ropnéj wypociny; niektórzy operatorowie przepłukiwali prócz tego jamę brzuszną słabym rozczynem kwasu karbolowego lub sublimatu i stósowali jodoform na samą otrzewnę, podczas gdy inni obywali się bez wszelkich środków antyseptycznych. W niektórych przypadkach zeszywano ranę w ścianie brzusznéj w całéj jéj ciągłości, w innych zaś drenowano jamę brzuszną. Dla saméj sprawy gojenia się gruźlicy otrzewny zdaje się być rzeczą obojętną, czy się jamę brzuszną drenowało, czy też nie, wspomnieć jednak należy o tém, że się w miejscu, gdzie leżał dren, wytworzyła kilkakrotnie nadzwyczaj uporczywa przetoka, co się wydarza niekiedy w ogóle przy drenowaniu jamy brzusznéj z powodu innych, niegruźliczych spraw. Przed rokiem miałem sposobność obserwować jeden przypadek torbiela wychodzącego z *parovarium*, w którym prof. Mikulicz drenował jamę brzuszną według własnéj metody gazą jodoformową. W przypadku tym utworzyła się w dolnym kącie rany mała przetoka, która opierała się wszelkim zabiegom leczniczym tak, że prawie po 8 miesiącach musiano się uciec do nader żmudnego wycięcia całéj przetoki. Podobny przypadek mogę podać z własnéj méj praktyki. Z początkiem maja b. r. wyłuszczyłem u kobiety zresztą zupełnie zdrowéj torbiel jajnikowy śródwięzadłowy, wielkości głowy mężczyzny, przyczém drenowałem małą miednicę gazą jodoformową. Chociaż wszystkie paski gazy jodoformowéj zostały usunięte w ciągu pierwszych 10 dni, to przecież wytworzyła się w dolnym kącie rany przetoka około 12 cm. długa, która do dziś dnia nie okazuje najmniejszéj dążności do zagojenia, tak że prawdopodobnie również będzie musiała być wyciętą w całości.

Jakim jest wpływ, który wywiera operacyja na samą sprawę chorobową, jest jeszcze rzeczą do dziś niewytłumaczoną. Breisky tłumaczy pomyślny przebieg po operacyi w ten sposób, że w skutek wypuszczenia wypociny nastają lepsze stósunki krążenia w naczyniach, przypuszczenie, które skłoniło również Ewalda (*Ueber frühzeitige Punction bei Ascites*, *Berl. klin. Woch.* 1885 Nr. 16) do polecenia wczesnéj punkcyi w zwykłéj puchlinie brzusznéj.

A teraz podam w krótkości 3 przypadki operowane przez prof. Mikulicza.

I. Zapalenie gruźlicze otrzewny, cięcie rozpoznawcze, trwałe wyleczenie. E. H., lat 18, z Pińczowa w Królestwie Polskiém, dziedzicznie nieobciążona. Przed rokiem była jeszcze zupełnie zdrową. Około tego czasu pojawiły się u niéj nagle, bez znanéj przyczyny, gwałtowne bóle brzucha wraz z gorączką. Stan taki trwał prawie trzy miesiące, przyczém równocześnie brzuch zaczął się znacznie powiększać. Po upływie 3 miesięcy bóle zmniejszyły się tak, że jeszcze tylko od czasu do czasu pojawiały się na chwilę, gorączka zaś ustąpiła zupełnie. Chora wstała z łóżka, czuła się jednak nadzwyczaj osłabioną. Brzuch powiększał się stale. Odpływy miesięczne, dawniéj obfite, od 9 miesięcy nie pojawiły się wcale. Dnia 5 lipca 1885 r. przyjętą została chora do kliniki chirurgicznéj krakowskiéj.

Stan obecny. Osoba wątło zbudowana, niedokrewna. Narządy w klatce piersiowéj leżące zupełnie prawidłowe. Brzuch silnie wydęty, pępek prawie zupełnie wyrównany. Odgłos wypukowy nad całym niemal brzuchem stłumiony; po stronie lewéj górna granica stłumienia sięga na dłoń poniżéj łuku żebrowego, po prawéj zaś górną granicę stłumienia stanowi linija lekko ku górze wypukła, idąca od pępka do *spina anter. super. oss. ilei*. Po bokach odgłos wypukowy bębenkowy. Przy zmianie położenia nie można wykazać przesunięcia się granic stłumienia. Obmacaniem wykazać można wszędzie wybitne chełbotanie, prócz tego po stronie prawéj odpowiednio dopieroco opisanéj granicy stłumienia można wyczuć coś, jakby mocno zgrubiałą ścianę torbiela. Macica płodowa, jajniki nie dają się wybadać.

Rozpoznanie wahało się między lewym torbielem jajnikowym a ograniczoném zapaleniem otrzewny, choć wywiady zdawały się rychléj przemawiać za ostatniém. Laparotomiję wykonano 14 lipca 1885 r. Po przecięciu nader cienkich powłok brzusznych pokazała się jama bardzo obszerna, któréj ściany utworzone były przez pozlepiane ze sobą pętle jelita cienkiego, sieć i same powłoki brzuszne. Z jamy téj wypuszczono $2\frac{1}{2}$—3 litrów płynu surowiczego, lekko mętnego, zawierającego strzępki włóknika. Otrzewna tak ścienna jak i trzewowa pokryta była mnóstwem szarawych guziczków wielkości ziarn prosa. Ponieważ prof. Mikulicz nabył tego przekonania, że mieliśmy tu do czynienia ze sprawą gruźliczą, przeto poprzestał na dokładném usunięciu wypociny za pomocą gąbek maczanych w 5% roczczynie kwasu karbolowego i następnie zaszył całą ranę w ścianie brzusznéj. Części rodnych od strony jamy brzusznéj nie badano dokładniéj w tym przypadku, również nie badano guzków drobnowidowo.

Dalszy przebieg był zupełnie bezgorączkowy. Chora opuściła klinikę po 17 dniach z raną zagojona przez rychłozrost. Według łaskawie nam udzielonéj listownéj wiadomości ze strony urzędu gminnego miasta Pińczowa pacyjentka ta czuje się dziś w 2 lata po operacyi zupełnie zdrową. (Dok. nast.)

III. Przyczynek do sprawy własności chłonniczéj skóry.

Napisał Dr. Leon Kopff w Krakowie.

Mało się znajdzie w terapii ogólnéj spraw, któreby miały tak ogromną a sprzeczną literaturę, jak pytanie, czy skóra prawidłowa posiada istotnie własność chłonienia połączeń chemicznych w zupełności, czy tylko częściowo lub wcale nie? Sprawa ta poruszona i doświadczeniami poparta po raz pierwszy, o ile mi wiadomo, przez Dra Pouteau w r. 1783 (*L'absorption de la peau, Oeuvres posthumes*), wywołała polemikę zaciętą, ciągnącą się przez długie lata. Chwilami znudzeni i zniechęceni badacze odrzucali na bok zagadkę nierozwikłaną i nad całą sprawą przechodzili do porządku dziennego. Jednak po przerwie kilkoletniéj spotykamy znów pracę nową, poruszającą rzecz dawniej nierozwiązaną, i znów widzimy polemikę, znów jedni autorowie oparci na pewnym szeregu doświadczeń twierdzą, że skóra posiada własność przepuszczania ciał płynnych, lotnych lub w postaci maści wcieranych, podczas gdy inni, również się na doświadczenia powołując, zaprzeczają zupełnie, aby jakiekolwiek ciało, w jakiejkolwiek postaci, mogło się przez nietkniętą skórę dostać w obieg krwi; lub też spotykamy i takich, którzy przypuszczają, że tylko dla pewnych ciał, lub tylko dla pewnych postaci i rodzai roczczynów, zawiesin, par lub maści, skóra jest narządem, posiadającym własność chłonniczą.

Jakiéj zaś donioslości jest owo pytanie nie tylko pod względem fizyjologicznym, ale tém więcéj jeszcze dla terapii, balneologii a nawet patologii i higieny, zdaje mi się, że dowodzić nie potrzeba. W literaturze, mnie dostępnéj, naliczyłem od r. 1783 do r. 1886 z górą 160 prac, ogłoszonych tylko w czterech językach, t. j. łacińskim, francuskim, niemieckim i angielskim. O téj tak obszernéj literaturze będę miał jeszcze sposobność wspomnieć na innem miejscu i w innéj rozprawie.

W literaturze, dotyczącéj specyjalnie sprawy chłonienia przez skórę, znalazłem, że autorowie, łamiący kopiję za sprawą chłonienia, jak i przeciwnicy, zaprzeczający skórze téj własności spornéj, do badania używali najczęściéj jodku potasowego. Połączenie to nadaje się bardzo dobrze do tego rodzaju badań. W wodzie i wyskoku łatwo rozpuszczalne; do ustroju wprowadzone już w krótkim czasie przechodzi do śliny i moczu. W wydzielinach tych, z powodu wybitnego a czułego zachowania się jodu względem odczynników, sól ta nader łatwo daje się wykazać. Jedynie ujemną stroną jodku potasowego jest, że w roczczynie wodnym nie należy do połączeń bardzo silnie związanych, że zatém łatwo może się rozpaść na swoje części składowe, które znów w obec skóry inaczéj się zachowywać mogą, niż sól pierwotna z nich złożona. Przestrzegając jednak pewnych ostrożności, dość łatwo można zapobiedz téj niedogodności.

Uwzględniając więc te zalety jodku potasowego, dziwném się wydać każdemu musi, że właśnie doświadczenia z tą solą, w sprawie przechodzenia jéj z roczczynu wodnego przez skórę, doprowadziły licznych autorów do tak sprzecznych ze sobą wyników. I tak np. Murray Thompson (*Observations on the absorbing power of the humain skin. Edinb. med. Journal. Mag. Schmidts med. Jahrb.*, 1862) brał kąpiele ciepłe, w których zanurzał całe ciało, z wyjątkiem głowy i szyi, w roczczynie wodnym jodku potasowego. Kąpieli takich wziął trzy, dodając do każdéj po 12 do 30grm. jodku potasowego. Kąpiel trwała średnio 30—40 minut. Mocz zebrany po kąpieli (autor nie podaje z jakiego czasu i w jakiéj ilości?) badano metodą Pricea t. j. przez dodanie roczczynu azotanu potasowego w rozcieńczonym kwasie chlorowodowym. Wynik badania był ujemnym. Ten sam autor otrzymał podobnież wynik ujemny chemicznego badania moczu po użyciu przez siebie pełnéj, jedną godzinę trwającéj kąpieli ciepłéj, do któréj dodał 73grm. jodku potasowego. Ritter (*Uiber das Verhalten der menschl. Haut im Wasserbade. Schmidts Jahrb.*, 1867) brał kąpiele, w których zanurzał jednę z odnóg górnych, dodając na kąpiel po 8grm. jodku potasu. Badanie moczu i śliny nie wykazywało jodu. — Hébert (*L'absorption par le tégument externe. Thèse* 1861) stosował na sobie kąpiele, 4 godziny trwające, z roczczynu jodku potasu, ale również nie znalazł jodu w wydzielinach. Do ujemnych wyników badania z jodkiem potasu doszedł także Parissot (*Resorption dans les bains, Acad. des sciences. Także Gaz. des hôpit.*); C. G. Lehmann (*Uiber den Marienbader Mineralmoor. Schmidts Jahrbücher*, 1855) robił doświadczenia znów w sposób następujący. Brał on sam, jakoteż uczniom swoim kazał brać po kilka po sobie następujących kąpieli nożnych, w celu oczyszczenia skóry z powłoki tłuszczu, zmięszanéj z komórkami obumarłemi przyskórka, a przytém aby skórę „rozmiękczyć“. Następnie dodawał na 6kg. wody

2—4grm. jodku potasu. Mocz zbierano przez następujące po doświadczeniu 24 godzin; odparowywano go i w pozostałości szukano jodu, jużto kwasem azotowym dymiącym, jużto chlorem, a następnie chloroformem, kleikiem skrobi, albo wreszcie chlorkiem paladowym, jednak nigdy nie wykazano śladu jodu. Kletzinsky (*Lutronom. Experim. Wiener. med. Wochenschrift. Schmidts Jahrb.*, 1853), użył do kąpieli 60grm. jodku potasu, jednak także w moczu swoim, zebranym po kąpieli, nie zdołał wykazać jodu. W moczu zebranym po kąpieli z dodatkiem 200 do 250grm. jodku potasu, nie mógł również i Duriau (*Recherches expér. sur l'absorb. et exhal. par le tég. ext. Archives générales de medecine*, 1856) wykazać jodu.

Aby czytelnika nie nużyć dalszém jeszcze wyliczaniem prac podajemy w krótkości, że z prac nam dostępnych dowiedzieliśmy się, że i pp. Zülzer (*Centralblatt der med. Wissensch.*, 1864, Nr. 56), Barthélémy (*Journ. de l'Anatomie et de Physiol.*, t. X, 1864), Schäffer (*Sitzungsberichte d. Wiener Akademie d. Wiss.*, t. 32, 1859), Rabuteau (*Gaz. méd. de Paris*, 1862, Nr. 14). wreszcie Homolle, Merbach, Roussin, Heller, Mugeot, de Laurés, Clemens, Braune, również robili w różny sposób doświadczenia z jodkiem potasu, jużto biorąc w rozczynie wodnym téj soli całkowite, jużto częściowe kąpiele, jednak nigdy nie udało im się wykazać w wydzielinach zebranych po kąpielach jakikolwiek ślad jodu. Tylko Braune (*De cutis facultate jodum resorbendi. Virch. Arch.*, T. XI) podaje, że jeżeli do kąpieli nożnéj z rozczynu wodnego jodku potasu dodano wyskoku, to tylko w takim razie udawało mu się w moczu wykazać ślad jodu.

Każdy, kto z cierpliwością przewertuje taką ilość wyż wymienionych prac, musi chyba nabrać przekonania, że żadnéj już wątpliwości nie ulega cała sprawa chłonienia jodku potasu przez skórę. Przecież na podstawie tylu prac, tak wielu autorów, piszących niezależnie od siebie, w różnych czasach, na zapytanie: czy skóra posiada własność pochłaniania jodku potasu z rozczynu wodnego, lub téż nie?, nikt z pewnością nie zawahałby się powiedzieć z całém przekonaniem, że „skóra takiéj własności nie posiada".

Tymczasem nasza tak bardzo specyjalna kwestyja, jest przykładem, jak trudno w medycynie polegać na obcych pracach, jakie nam literatura lat ubiegłych przekazuje. Oto powyżéj wyliczyliśmy wcale pokaźny szereg autorów, którzy nas swemi doświadczeniami chcą przekonać, że skóra nie pochłania jodku potasu z rozczynu wodnego. Teraz przechodzimy do przeciwnego obozu.

M. Rosenthal stosował na sobie i na drugich kąpiele na 26°R. ciepłe, do których dodawał po 30grm. chemicznie czystego jodku potasowego (który za dodaniem SO_4H_2 nie brunatniał). Autor zapewnia, że zawsze przed kąpielą badał skórę i że tylko takich osób do doświadczeń używał, u których znalazł skórę nietkniętą, kąpiel trwała średnio jedną godzinę. Mocz zebrany z 24 godzin po doświadczeniu zaprawiał R. w nadmiarze KOH i odparowywał na łaźni wodnéj do pozostałości krystalicznéj. Pozostałość tę wyciągał autor bezwodnym wyskokiem, następnie eterem, odparowywał, pozostałość wyciągową rozpuszczał w małéj ilości wody. W téj próbce udawało się Rosenthalowi zawsze wykryć tak za pomocą dwusiarczku węgla jak i skrobi ślady jodu. Daléj R., chcąc się przekonać, czy przypadkiem resorbcyja nie odbywa się przez przejściowy przyskórek części rodnych lub ujścia kiszki odchodowéj, części te w kilku doświadczeniach pokrywał odpowiednim, nieprzemakalnym opatrunkiem. Poszukiwanie jodu po tych doświadczeniach dały także wynik dodatni. Rosenthal jednak nieograniczył się do powyższych dowodów. W jedném doświadczeniu oznaczył w wodzie do kąpieli użytéj dokładnie ilość jodu przed i po kąpieli i znalazł w wodzie po kąpieli odpowiedni ubytek tego pierwiastka. Ponieważ doświadczeniom Rosenthala zarzucono, że z kąpieli cząstki jodku potasu mogą zostać z parą wodną porwane w powietrze i dostać się drogami oddechowemi do ustroju, robił R. doświadczenia odpowiednie, któremi stara się udowodnić, że przez przepędzanie rozczynów jodku potasu nigdy w wodzie, w odbieralniku zebranéj, jodu nie udało mu się wykazać. (*Resorption und Absorption der Jodpraeparate. Wiener med. Halle III*, 1862. *Resorption der Jodpraeparate. Wiener med. Wochenschrift*, 1863). Willemin podaje, że po dodaniu przynajmniéj 100grm. jodku potasowego do kąpieli, zawsze znajdował w moczu i ślinie ślady jodu. Jeżeli autor użył mniejszych ilości jodku potasu do kąpieli, wynik badania wydzielin na jod był ujemnym. (*L'absorbt. par le tég. extern. Comptes rend.*, 1863). — Lehmann brał kąpiele nożne z rozczynu jodku potasowego, w których chcąc zapobiedz zarzutowi, że jod dostawał się do otaczającego powietrza i tą drogą narządem oddechowym do ustroju, nalewał na powierzchnię rozczynu jodku potasowego warstwę dość grubą oliwy. Badanie śliny i moczu za każdym razem wykazywało jod. (*Uiber das Verhalten der Haut im Bade. Allg. med. Centralztg.*, 1873).

Dla skrócenia rzeczy dodajemy treściwie, że podobnie stwierdzili także przechodzenie jodku potasowego z rozczynu wodnego przez nietkniętą skórę pp. Dérole (*De la resorption des médic. par la peau saine. Compt. rend.*, 1863), który wykonał w tym względzie kilkadziesiąt różnych doświadczeń; daléj Madden Waller *Proceedings of the Royal soc.* V. X, 1859); Brémond (*Expér. physiol. sur l'absorbtion cut. Compt. rend.* T. 74, 1872); Geltkowsky (*Unters. über Hautabsorption. Arch. f. ger. Med. u. öff. Gesundheitspflege St. Petersburg. Schmidts Jahrb.*, 1870); Bouchut (*Compt. rend.*, 1881); Chrząszczewski (*Versuche über die Resorption durch die Haut bei Bädern. Wien. med. Wochenschrift*, Nr. 52, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1871, Nr. 41); C. Hoffmann (*L'absorption de la peau. Bull. de l'institut*, 1867) i jeszcze kilku innych.

Zdaje mi się, że każdy z czytelników przeczytawszy powyższe zestawienia prac i ich autorów, przemawiających z jednéj strony z taką stanowczością przeciw chłonieniu rozczynów wodnych jodku potasowego, powołujących się na swoje ścisłe doświadczenia, a znów z drugiéj strony również autorów, przedstawiających w poważnych pracach doświadczenia tak przekonywające o przechodzeniu ciał przez skórę; będzie miał bardzo trudny wybór, do którego z tych dwóch przystąpić obozu. Przyznaję, że po przejrzeniu prac wyż wymienionych nabrałem przekonania w pierwszéj chwili, że albo wszystkie, albo znaczna część prac była napisaną przy zielonym stoliku, lub że doświadczenia wykonano z zamiarem stwierdzenia tylko już *a priori* powziętego przeświadczenia czy téż uprzedzenia. Jednak gdy z pierwszego wrażenia ochłonąłem, nie mogłem przypuścić, aby coś podobnego w naukach ścisłych dziać się mogło. Chcąc węzeł ten rozplątać, postanowiłem przystąpić sam do doświadczeń. Zdawało mi się, że korzystając z uwag krytycznych jednego obozu przeciw drugiemu, wreszcie wykonywając badania według metod chemicznych jak najściślejszych i jak najdokładniejszych, zachowując przytém w czasie doświadczenia wszelkie

przez innych autorów już wskazane ostrożności, zdołam przecież wpuścić promień światła, któryby mi był nitką przewodnią do rozwiązania tej zagadki i wyrobienia sobie o sprawie téj własnego zapatrywania.

Zdaniem mojém, chcąc oprzeć się na pewnéj metodzie chemicznéj, trzeba przedewszystkiém poznać jéj wartość dla doświadczenia, jakie się wykonać zamierza. W szeregu doświadczeń, jakie wykonać zamierzałem, uważałem najprzód za ważne przekonać się, jaka ilość najmniejsza jodku potasowego w rozczynie o pewném rozcieńczeniu, daje jeszcze z pewnym odczynnikiem widoczne a stanowcze oddziaływanie. W tym celu wykonałem najprzód następujące doświadczenia przedwstępne.

1. Otrzymałem rozczyn według wiadoméj ilości jodku potasowego. Z rozczynu tego brałem po 1sz.cm. do probierki, dodawałem do niego kroplami zgęszczony kwas azotowy, zawierający kwas podazotowy, następnie kłóciłem ciecz tę z kilkoma kroplami dwusiarkanu węgla (CS_2) i na zasłonie białéj badałem, w jakim stopniu występuje zabarwienie różowe CS_2, pochodzące od rozpuszczonego jodu w tym odczynniku. Szereg doświadczeń przekonał mnie, że minimalną ilością jest $^1/_{120}$mgrm. IK w 1sz.cm. H_2O, która jeszcze daje na białéj zasłonie niewątpliwe zabarwienie różowe dwusiarczku węgla

2. Podobnie postępowałem także z drugim odczynnikiem nader czułym na jod t. j. ze skrobią. Z szeregu doświadczeń podobnie jak pod 1. opisano, przekonałem się, że najmniejszą ilością IK w 1sz.cm. H_2O, która barwi jeszcze kleik skrobi fijołkowo, jest $^1/_{150}$ mgrm.

Te dwa odczyny dla jodu uważałem za najważniejsze, tych zatém w doświadczeniach zamierzonych używać postanowiłem i w tym kierunku na tych dwóch powyższych doświadczeniach przedwstępnych poprzestałem.

Drugiém ważném pytaniem dla mnie było przekonać się, jakie najmniejsze ilości jodku potasu wewnętrznie użyte dają się jeszcze w moczu wykryć. W szeregu tym doświadczeń zbierałem w ciągu 6—8 godzin (zwykle nocnych) mocz od chwili zażycia pewnéj ilości jodku potasowego. Mocz ten na łaźni wodnéj odparowywałem, następnie masę krystaliczną wyciągałem wyskokiem 98%, na pół z eterem etylowym zmięszanym, i w pozostałości wyciągowéj, rozpuszczonéj w małéj ilości wody szukałem jodu.

Szereg kilku doświadczeń takich przekonał mnie, że najmniejsza ilość IK wewnętrznie użyta, dająca się sposobem powyższym za pomocą kleiku skrobi i dwusiarczku węgla wykazać, wahała się w granicach od 0·5—0·35mgrm.; podczas gdy 0·3mgrm. IK wewnętrznie użyte nie dawały się już w moczu wykryć. (Dok. nast.)

IV. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IX.

Pobicie w szkole. Śmierć z zapalenia opon mózgowych.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

D. 8 lutego Semon K. doniósł Sądowi, że córka jego 9-letnia Maryja d. 28 stycznia pobitą została w szkole przez nauczyciela i że skutkiem tego pobicia ciągle i ciężko choruje. Gdy dnia 16 lutego urząd gminny poświadczył, że Maryja K. ciężko chora nie może przyjść do Sądu, wysłano dnia następnego komisyję sądowolekarską do pomieszkania Semona K. a lekarze sądowi Dr. A. i chir. B., zbadawszy Maryję podali do protokółu co następuje:

„Według podania rodziców Maryja K. cierpiała często na glisty. Liczy ona lat 9, jest słabowito zbudowana i dosyć wychudła, leży w łóżku skulona, stęka, skarży się na ból głowy i nadczułość, gdziekolwiek się jéj dotyka. Opad powieki górnéj lewéj, jak niemniéj drganie w krótkich przerwach powtarzające się odnogi górnéj prawéj i całéj górnéj prawéj połowy kadłuba. Obie źrenice, jednostajnie *ad maximum* rozszerzone bardzo mało oddziaływają na światło i ciemność. Spojówki gałkowe nienastrzyknięte, język biało obłożony, niesuchy. Lekki nieżyt oskrzelowy obustronny, brzuch nie zapadły, miękki, śledziona nieobrzmiała. Przytomność umysłu niezamącona. Według podania ojca w ciągu ostatnich trzech tygodni chora kilkakrotnie miała wymiotować po piciu mleka, w ostatnich dniach zaparcie stolca. Zewnętrznie nie widać śladu obrażenia.

Orzeczenie. Prawdopodobnie istnieje stan zadrażnienia mózgu, o przyrodzie którego stanowczo orzekać nie możemy. Prosimy o powtórzenie badania po upływie dni 8, lecz już teraz oświadczyć możemy, że objawy zadrażnienia mózgu mogą także być następstwem urazu mechanicznego, na czaszkę wywartego“.

Podczas gdy nauczyciel obwiniony tłumaczył się, że Maryi wcale nie bił, 4 uczennice (8mio- i 9cioletnie), przesłuchane przez Sąd, zeznały zgodnie, że obwiniony uchwycił Maryję za obie jéj ręce, podniósł je do góry, uderzył niemi kilka razy o ławkę, poczém złapał Maryję za włosy, targał je kilkakrotnie a wreszcie ręką swoją uderzył Maryję w tyłogłowie, która przestraszona zaczęła płakać i szlochała aż do końca godziny, poczém wróciła do domu i już więcéj do szkoły nie przyszła.

W skutek doniesienia urzędu parafijalnego, że Maryja K. umarła d. 22 lutego, Sąd dnia następnego zarządził sekcyję, która wykonana przez tych samych znawców, wykazała co następuje:

Zewnętrznie: Zwłoki dziewczynki około lat 9 mieć mogącéj. Powłoki zewnętrzne i błony śluzowe blade, podściółka tłuszczowa mierna, stężenie trupie wybitne, źrenice obie jednostajne i nieco nad miarę rozszerzone, brzuch zapadły. Wewnętrznie: Powłoki czaszkowe po stronie wewnętrznéj blade, sklepienie nieuszkodzone, zbite. Opona twarda napięta, przez nią prześwięcają mocno wypełnione naczynia opon miękkich, utkanie ich surowiczo galaretowato nasiąkłe. W zatokach żylnych mała ilość krwi ciemnéj, płynnéj. Istota korowa w krew obfita z poszczególnemi rozsianemi kropkami. Istota rdzenna obrzękła, biała, w komórkach bocznych po 30grm. wody surowiczéj czystéj. Móżdżek również surowiczo nabrzękły. Tchawica blada, w niéj mała ilość cieczy pienistéj. Płuco lewe z tyłu po części przyczepione, w części ich tylnéj i dolnéj miejsce zbite, wielkości orzecha włoskiego, które nacięte przedstawia się jako w krew ubogie, barwy żółtéj, a na nożu osadza się masa żółta, serowata, zresztą płuco lewe jest gąbczaste i powietrzne. Płuco prawe także nieco przyczepione, zresztą nie zbacza. Worek sercowy zawiera małą ilość płynu surowiczego, serce w stanie skurczu, w komórkach nieco skrzepłéj, ciemnéj krwi, mięśnie i zastawki prawidłowe. Żołądek próżny, błona śluzowa jego blada. Wątroba i śledziona bez zmian. Jelita miernie wydęte, wypełnione kałem twardym. Nerki w krew obfite, torebki łatwo

schodzą, część korowa od rdzennéj łatwo odróżnić się daje. Pęcherz zawiera mało moczu mętnego.

Orzeczenie: Silne napełnienie naczyń opon miękkich, zmętnienie powierzchni tychże, jakotéż surowiczo-galaretowata infiltracyja ich utkania sąto zmiany, wskazujące zapalenie opon miękkich. Ze zmianami temi pozostają w zupełnéj zgodzie objawy za życia spostrzeżone. Znalezione w płucu lewém ognisko w krew ubogie i twardawe, tłumaczymy jako rezultat zapalenia płuc opadowego, które należy uważać za powikłanie pierwotnego schorzenia.

Co się tyczy przyczyny zapalenia opon mózgowych, to wprawdzie nie podobna zaprzeczyć, że uraz mechaniczny działający na czaszkę odgrywa ważną rolę jako moment etyjologiczny, w danym jednak przypadku mało znaczenia przywięzujemy do momentu mechanicznego, a to z powodu, że nie znaleźliśmy śladu obrażenia ani za życia ani na trupie, i że uderzenia ręką na płask zadane zostały w głowę. Natomiast zaziębienie odgrywa wielką rolę w zapaleniu opon mózgowych, zwłaszcza u dzieci. Możebne zatém, że dziecko rozgrzane wychodząc ze szkoły zaziębiło się, a za tém przemawiałby i przebieg powolny, podczas gdy po urazach mechanicznych przebieg zazwyczaj bywa szybkim.

Orzeczenie to Sąd uznał za chwiejne, niestanowcze, i dla tego przesyłając akta śledztwa Wydziałowi, żądał stanowczego orzeczenia co do przyczyny śmierci Maryi K.

Orzeczenie Wydziału opiewało jak następuje:

1. Ognisko serowate, znalezione w płucu lewém, które pp. obducenci mylnie tłumaczą jako zapalenie opadowe płuc, przemawia za tém, że Maryja K. cierpiała gruźlicę.

2. Jakkolwiek pp. obducenci nie wspominają nic o podstawie mózgu ani o gruczołach krezkowych, przypuścić jednak wypada, a przynajmniéj wykluczyć nie można, że zapalenie opon mózgowych, które było przyczyną śmierci Maryi K., było przyrody gruźliczéj i że zapalenie to prędzéj lub późniéj mogło było rozwinąć się niezależnie od urazu.

3. Nie wykluczając téj możności należy jednak uwzględnić fakt, że Maryja K. zachorowała bezpośrednio po obrażeniu doznaném w szkole, a jeżeli obrażenie to istotnie było takiém, jak je opisują świadkowie, to przypuścić koniecznie wypada, że ono przyspieszyło chorobę śmiertelną.

W przypadku tym znaleziono zmiany anatomiczne w oponach mózgowych, które zgodnie z objawami chorobowemi za życia spostrzeżonemi czyniły przyczynę śmierci niewątpliwą. Z uwagi, że dziewczynka zasłabła bezpośrednio po pobiciu, które, jakkolwiek według wyniku badania za życia nie pozostawiło śladów widocznych, jednakowoż według zeznania świadków miało być dość znaczném i dokuczliwém, i nie odzyskawszy już zdrowia względnego umarła po upływie dni 25, należało przypuścić związek przyczynowy pomiędzy pobiciem a śmiercią. Gdy jednak nie podobna było zgodzić się z pp. obducentami, jakoby zmiana w płucu lewém przez nich opisana świadczyła o zapaleniu opadowém płuca, lecz należało ją uważać za ognisko serowate, a tém samém przypuścić, że denatka cierpiała gruźlicę, więc nasunąć się musiało koniecznie zdanie, że zapalenie śmiertelne opon mózgowych było przyrody gruźliczéj; zdania tego wprawdzie nie można było wypowiedzieć stanowczo z powodu braku opisu błon na podstawie mózgu, ale też i wykluczyć go nie było można. Poprzestając na tém należałoby orzec, że obrażenie w danym przypadku stało się śmiertelném z powodu szczególnego ustroju Maryi K.; Wydział atoli po dłuższéj dyskusyi oświadczył się za uwzględnieniem okoliczności, że nieznany jest dokładnie stan zdrowia, a względnie choroby, Maryi K. przed doznaném w szkole pobiciem, że zatém nie podobna wykluczyć możności, iż już przedtém istniały u niéj zmiany w oponach mózgowych, że więc Maryja K. już poprzednio była schorzałą, a w takim razie pobicie właściwie nie wywołało choroby, lecz bieg jéj przyspieszyło. Jeżeli więc z jednéj strony orzeczenie Wydziału musiało być ostrzejszém od zdania pp. obducentów, to z drugiéj zostało ono złagodzoném przez uwzględnienie okoliczności właśnie wspomnionéj, a złagodzenie to było tém bardziéj wskazane, o ile protokół sekcyjny był niedokładny.

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Freund (Wiedeń): **O składzie popiołu z krwi osób gruźlicą dotkniętych.**

Już od dłuższego czasu zajmuje się F. badaniem chemicznych podstaw skłonności do gruźlicy, badał też między innemi popiół z krwi osób gruźliczych otrzymany co do jego składu chemicznego. Popiół z krwi zdrowego człowieka rozbierał już chemicznie Jarisch (*Med. Jahrb.* 1871); ma on zawierać K_2O od 25·31 do 26·62, Na_2O od 23·7 do 26·13, a P_2O_5 od 8·00 do 8·81 na 100 części popiołu. Raz badany popiół z krwi zdrowego chorego, operowanego na wole, dał F. taki sam prawie wynik co do potasowców i kwasu fosforowego. Inne zupełnie wyniki dały mu rozbiory popiołu otrzymanego z krwi chorych gruźliczych, inne nawet w różnych postaciach gruźlicy. U chorych z pierwszym okresem gruźlicy było K_2O od 29·84 do 29·98, Na_2O od 17·23 do 17·56, P_2O_5 od 6·79 do 6·80: w przewlekłych przypadkach pierwszego połączenia było jeszcze więcéj, drugiego i trzeciego mniéj, tak samo przy rozbiorach popiołu ze krwi chorych dotkniętych suchotami z szybkim przebiegiem (*phthisis florida*) otrzymanego, a u chorych z gruźlicą prosówkową w popiele krwi było K_2O od 36·75 do 37·57, Na_2O od 13·68 do 13·94, a P_2O_5 od 4·3 do 5·1 na 100 części. Spodziewał się F. po tych rozbiorach, że w moczu gruźliczych potasu znajdzie więcéj, jeżeli on od rozpadu części składowych tkanek pochodzi, tymczasem rozbiory moczu wykazały, że mocz z gruźliczych zawiera go mniéj, niż mocz zdrowych, a fosforany bywają zwiększone. Na podstawie takich wyników rozpoczął F. na oddziale chorób wewnętrznych prymaryjusza Langera szereg badań w kierunku odpowiedniego żywienia chorych gruźlicą dotkniętych, ażeby w ten sposób ustrojowi odciągnąć węglany potasowe, a doprowadzić mu soli sodowych. Wyniki badań nie są jeszcze tak jasne i dojrzałe, aby je mógł już teraz ogłosić, zapowiada to na przyszłość. (*Wien. med. Wochenschrift* 1887 Nr. 40). *H. K.*

H. Neumann i R. Schäffer (Berlin): **Przyczynek do etyjologii ropnego zapalenia opon mózgowych.**

W ropném zapaleniu opon mózgowych wykazano dotychczas kilka gatunków mikroorganizmów, które znajdowano w zapaleniach ropnych opon mózgu towarzyszących zapaleniu płuc albo nawet i samoistnych (Leyden, Fraenkel, Weichselbaum), koki nieznane dokładnie dotychczas a wykazane w samoistnych zapaleniach opon i mózgu przez Weichselbauma. Na podstawie badań ścisłych bakteryjologicznych czterech przypadków ropnego zapalenia opon mózgo-

wych, obaj badacze ogłaszają nowy prątek znaleziony. Z przypadków tych, dwa razy mieli do czynienia ze sporadycznemi przypadkami nagminnego zapalenia opon mózgu i rdzenia, w dwóch innych zapalenie ograniczało się do opony miękkiéj. W jednym z nich znaleziono pneumokoki Friedländera, w drugim wynik był ujemny, nic nie znaleziono, w trzecim *streptococcus pyog nes*, a w czwartym prątek nowy, dotychczas nieznany. W przypadku tym, który spostrzegano tylko kilka godzin, sekcyja nie wykazała więcéj zmian, jak tylko zapalenie błon mózgowych, w komórkach znaczną ilość ropy, to samo między oponą a rdzeniem. Wywód choroby nieznany. Prątki wykryte w tym przypadku szczepiono na różne odżywki, zawsze były jednakie, 2 mikromm. długie, $\frac{1}{2}$ szerokie, niekiedy ułożone w nitki do 28,5μ długie. Hodowane kolonije w cieplocie wyższéj zawierają prątki krótsze, a nitki utworzone zawierają tylko dwa do trzech prątków; barwią się barwikami zwykłemi anilinowemi łatwo, w wyskoku bezwodnym odbarwiają się prędko, błękitem metylenowym w rozczynie ługu potasowego zabarwiają się końce prątków silniéj niż w środku. Rozpłynięcia się gelatyny nie sprowadzają; na gelatynie mięsnopeptonowéj rozwijają się w postaci szarych kropek, brzegi kolonij są nierówne; przeszczepiony na odżywki przez ukłócie rozwija się prątek ten w postaci nitki szarożółtéj, składającéj się z małych kuleczek. Tak samo rośnie i na (2%) agar-agargelatynie; na surowicy krwi daje już po 24 godzinach w cieplocie wyższéj pasek na brzegach ziarnisty, codziennie więcéj się rozszerzający, na płytkach kartofli daje po 4 dniach kolonije 0·5 cm. szeroką, wilgotną, białawą. Woni żadnéj nie mają. Prątki otrzymane posiadają znaczną zdolność życia, bo na ziemniakach utrzymywała się jeszcze w 168 dni po zaszczepieniu, na surowicy krwi 172; badania robione w celu wykazania, czy tlenu potrzebują, czy nie, pouczyły, że prątki te są anaërobiami, t. j. że bez niego żyć i rozwinąć się mogą. Kiśnienia nie wywołują, bo dodanie cukru gronowego lub mlecznego (1%) do gelatyny nie wpłynęło na rozwój prątków, a gazy się nie wywiązywały.

Badacze zastanowiwszy się w końcu nad wynikiem badań, spostrzegają, że prątki nowo przez nich wykryte są bardzo zbliżone do prątków durowych, szczególnie co do biologicznych własności. Prątkami durowemi jednak prątki przez nich wykryte wcale nie są, starają się to zaraz dokładnie i jasno udowodnić. Najważniejszą cechą ich jest oprócz wielu innych to, że wstrzyknięte pod skórę wywołują ropne zapalenie, podczas gdy durowe nigdy go nie wywołują. Wykazały to badania robione na psach, królikach, świnkach morskich i białych myszach, a wstrzykiwali im prątki jużto podskórnie, jużto w jamę otrzewnową, albo do żył. Dla prątków durowych wykazali Peiper i Beumer, że myszy do nich się przyzwyczajają, jeżeli się im prątki te w dawkach wzrastających wstrzykuje. Dla swego prątka mogli K. i S. to samo wykazać, ale nieco w mniejszych granicach. (*Virchowa Archiv*, tom 109, zeszyt 3). *H. K.*

Cattani i Tizzoni: **O zarażeniu cholerą przez krew.** Już od dłuższego czasu obaj ci badacze zajmują się badaniem jadu cholerycznego; gdy ono doprowadziło ich do wykazania prątków cholery nietylko w jelitach dotkniętych nią zwierząt i ludzi ale i w innych ich narządach, zajęli się kwestyją, jaki wpływ wywierać może na krew wstrzyknięcie jadu cholerycznego w ciało zwierzęce. Starali się nadto przytém głównie rozstrzygnąć dwa pytania: czy można drogą krwi zwierzę zarazić cholerą, i jakie w takim razie zmiany i zjawiska się otrzymuje, jakoteż w jakim czasie ono ginie, jeśli rzeczywiście w ten sposób cholerą dotknięte zostało? jaką drogę obierają prątki we krwi i czy z niéj prędko lub późno do innych narządów lub płynów w ustroju się dostają? Co do drugiego pytania, którego rozstrzygnięciem nikt się jeszcze dotychczas nie zajmował, wyjąwszy Hueppego, który to spostrzeżenie zrobił, że prątki cholery wstrzyknięte zwierzętom do jamy otrzewnowéj w małéj ilości dostają się do krwi, ztąd jednak szybko zostają wydzielone, podczas gdy te, które drogą przewodu pokarmowego do organizmu się dostają zarażenie i następową śmierć wywołać mają, — to na podstawie swoich doświadczeń przychodzą do wniosków: 1) że przez wstrzyknięcie prątków przecinkowych zwierzęciu do krwi, choćby w małéj ilości, można nawet ostrą postać cholery otrzymać, ale wtedy, jeżli zwierzę podlegało podczas badań tym samym warunkom i okolicznościom, jakim przy zarażeniu się cholerą przez przewód pokarmowy podlegać musi; 2) że samo wstrzyknięcie choćby znacznéj ilości prątków do krwi nie daje żadnego rezultatu, pomimo że się w niéj jeszcze przez 20 godzin utrzymują i hodować z niéj się dają; po wydaleniu ich ze krwi można je jeszcze w innych organach, a najdłużéj w śledzionie, wykazać. Ponieważ nie można było w doświadczeniach wykazać prątków wydzielonych ani w jelitach, ani w żółci, ani w moczu, trzeba przypuścić, że ze krwi tą drogą nie zostają wydalone. Na podstawie tego i pomimo że mnożenia się prątków w krwi saméj wykazać nie można było, sprzeciwiają się obaj wymienieni badacze zdaniu Hueppego, jakoby rozmnażanie się prątków wyłącznie w jelitach jako miejscu *minoris resistentiae* się odbywało. Co do pierwszego pytania, to zarówno jak i inni badacze ujemne otrzymali wyniki. Szczegółowo opisali obaj badacze swoje doświadczenia i poszukiwania w *Centralblatt f. med. Wissenschaften*, 1887). *H. K.*

Chirurgija.

Langenbuch (Berlin): **O użyteczności trójchlorku jodu jako środka odrażającego i przeciwgnilnego.**

Własności trujące karbolu i sublimatu zachęciły autora do szukania innego mniéj trującego środka przeciwgnilnego. Znalazł on tenże w trójchlorku jodu. Połączenie to zawiera w 100 częściach 54,39 jodu i 45,61 chloru. Otrzymuje się je przeprowadzając gaz chloru przez jod dopóty, aż ostatni zamieni się na żółte, krystaliczne ciało. Jako gotowy preparat stanowi on pomarańczowy, łatwo ulatniający się proszek, o silnéj przenikliwéj woni; przechowywany w naczyniu ze szkła żółtego nie rozkłada się. W wodzie rozpuszcza się z wielką łatwością; na wolném powietrzu wydziela z siebie wolny chlor zamieniając się na chlorek jodu, przyczém ciągle wywięzuje się wolny jod i chlor, ciała w wysokim stopniu odrażające i przeciwgnilne. Do celów chirurgicznych używa autor rozczynu 1 : 1000—1500; rozczyn ten odpowiada 4% karbolowi lub rozczynowi sublimatu 1 : 1000. Do laparotomii używa autor rozczynu 1 : 1500. Doświadczenia w cesarskim urzędzie zdrowia przez Dra Riedla z tym nowym środkiem pod względem jego siły antyseptycznéj przedsiębrane wykazały: 1) że trójchlorek jodu jest silnym środkiem przeciwgnilnym, rozczyn 1 : 1000 wystarcza do zabicia zarodników laseczników. 2) Na laseczniki i koki rozczyn 1 : 1000 działa podobnie jak 3% kwas karbolowy. Autor przeszło od roku używa trójchlorku jodu do mycia rąk przy operacyjach, do zanurzania w rozczynie jego wacików, do mycia pola operacyjnego i do zanurzania w nim gazy czystéj lub jodoformowéj, celem pokrycia nią świeżych

ran operacyjnych. Przy używaniu tego środka wykonano amputacyje, resekcyje, wyłuszczenia nowotworów i około 8 laparotomij. 3 laparotomije opisuje autor dokładniéj. (*Berliner klin. Wochenschrift* 1887). *Dr. Barącz.*

Kümmel (Hamburg): **O gruźlicy kości czaszki.**

Jakkolwiek wszystkie kości w ustroju sprawie gruźliczéj uledz mogą i ulegają, przecież rzadko się spotkać można z gruźlicą kości wchodzących w skład czaszki; że ta choroba i kości czaszki zająć może, podniesiono dopiero w ostatnich czasach; nie wlicza się tu dawno znanych gruźliczych zapaleń wyrostka sutkowego i kości skalistéj, które już od dawna są znane. Przyczyną, że dotychczas mało opisano i mało w podręcznikach wspominają o gruźlicy innych kości czaszki, jestto, co już Heineke powiedział, że gruźlica ich jest postacią i wejrzeniem bardzo zbliżoną do zapaleń kości na tle kiłowém, i że często u takich osób kiłę przebytą wykazać można. K. przypuszcza, że gruźlica kości czaszki nie jest znowu tak rzadką, jak to sądzi Israel, który w Berlinie w ciągu 16 lat zaledwo 4 przypadki mógł widzieć, a Poulet zaledwo dwa przypadki spostrzegał. K. już w 6 przypadkach musiał operacyję wykonać, cztery przypadki operowane na swoim oddziale przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego hamburskiego. Z dawniejszych: 1) w jednym po operacyjach z powodu gruźlicy kości na różnych miejscach wystąpiło gruźlicze zapalenie kości czołowéj i ciemieniowéj, wydłutowanie znacznego kawałka kości, powrót choroby, operacyja powtórna, rana się zagoiła, ale śmierć nastąpiła po roku. 2) 15-letnia panna, zajęcie gruźlicze kości czaszki bocznéj, wydłutowanie kawałka kości, powrót choroby w stawie łokciowym, śmierć z ogólnéj gruźlicy po roku. Za to cztery przypadki przedstawione inny dały wynik, bo operowani jeszcze przed kilkoma miesiącami mają się dobrze, zajęta była u trzech kość czołowa w okolicy brzegu nadoczodołowego.

Rozpoznanie jest zwykle dosyć trudne, ale w stanowczém rozróżnieniu, czy mamy do czynienia ze sprawą gruźliczą, czy kilową, rozstrzyga leczenie przeciwkiłowe. Rokowanie zależy od stanu ogólnego chorego; im więcéj kości zajętych, tém gorzéj, bo przemawia za uogólnieniem się sprawy chorobowéj. Jak często choroba wraca, pokaże najlepiéj statystyka; u K. na 6 przypadków trzeba było 12 razy operować, u niektórych operował raz, u niektórych po 2 i 4 razy dotychczas, mimo że w zdrowéj części jeszcze operowano, aby gdzie w otoczeniu nie zostawić ogniska chorobowego. Do operacyi radzi przystąpić, o ile można, jak najwcześniéj, i nie bać się usunięcia choćby i znaczniejszego kawałka opony mózgu twardej, jeśli się to okaże potrzebném. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1887 Nr. 37). *H. K.*

Choroby skórne.

Veiel (Cannstadt): **O nowszych sposobach leczenia wyprysku.**

V. radzi każdemu lekarzowi w każdym przypadku dobrze się wprzód zastanowić, czy ma przed sobą rzeczywiście wyprysk czy inną chorobę skórną, jużto pasorzytniczą, jużto od konstytucyi chorego zależną, czy jest stan ostry, czy już przewlekły. Od rozstrzygnięcia tych dwóch pytań zależy, jak w każdym innym przypadku chorobowym, nietylko leczenie ale i rokowanie i wskazania do stósowania tego a nie innego leku. Bardzo wiele chorób skórnych zaliczamy jeszcze dotychczas, zdaniem V., do wyprysków, które z pewnością są natury pasorzytniczéj. Dr. V. leczy wyprysk zawsze tylko miejscowo, *per os* podaje leki, jako leczenie miejscowe tylko wspierające tam, gdzie na pewne może powiedzieć, że choroba konstytucyjonalna jakaś wyprysk podtrzymuje.

Wyprysk ostry. Najlepiéj nic przeciw niemu nie robić, a starać się tylko usunąć to, coby choremu zaszkodzić mogło; chory z ostrym wypryskiem ogólnym powinien leżeć nago na miękkiém lekkiém prześcieradle, nie powinien się ani myć ani kąpać, chyba jeśli to dotyczy dziecka, które się kąpać musi; należy wtedy przynajmniéj jak najrzadziéj kąpać a do wody dodawać np. skrobię lub jakieś kleikie istoty. Mydeł wszelkich należy unikać. Przeciw nieznośnemu swędzeniu najlepszy ma być, zdaniem V., kleik cynkowo glicerynowy Unny (*Rp. Zinci oxyd. 15·0, Gelatinae 15·0, Glycerini 25·0, Aq. dest. 45·0)*, który się w łaźni wodnéj ogrzewa i za pomocą pędzla rozciera. Wynik ma być nadspodziewany. Obrzmienie, zaczerwienienie, zapalenie i ból bardzo prędko ustępują, a po kilku dniach, przez które kleik wciąż na skórze pozostawał, zmywa się chorego w letniéj wodzie. Jeśli jednorazowe zastósowanie tego kleju nie pomaga a zaczyna się sączenie, powtarza się dwa razy dziennie to samo postępowanie. Jeżeli chorzy nie znoszą tego kleiku, a wyprysk zaczyna sączyć, przechodzi V. do okładów ze skrobi, krochmalu, które się daje na gazę służącą do opatrunków, w warstwie 1cm. grubéj. Poduszeczki w ten sposób zrobione często się zmienia, ochłodziwszy je każdym razem przed przyłożeniem pod lodem lub pod mięszaniną z soli i lodu. Jeśli wyprysk jest ogólny, dobrze jest posypać całą powierzchnię skóry jakim obojętnym proszkiem, najlepiéj znów skrobią, do któréj, jeśli swędzenie jest znaczne, można dodać 2% roczyn kamfory. Czasem postępowanie to nie pomaga, dobrze jest wtedy zmywać wyskokiem lub roczynem octanu glinowego (*Rp. Sol. alum. acet. 10·0, Aq. dest. 200·0)* lub boraksu (*Rp. Borac. 3·0, Acid. salic. 0·3, Aq. dest. 170.0*) czasem z małym dodatkiem gliceryny. Podczas wielkich upałów nie dobrze jest tym kleikiem leczyć, stosuje się wtedy pasty i maści. Za najlepszą uważa V. pastę Lassara (*Acid. salicyl. 2·0, Vaselini 50·0, Amyli et Zinci oxyd. subtil. pulv. āā 25·0*). Po poprzedniém osuszeniu sączących miejsc gladyszką, smaruje się na nie dosyć grubą jéj warstwę, daje się na to odtłuszczoną wełnę i opatruje. Powtarza się raz codziennie. Gdy już w ten sposób udało się wyprysk przeprowadzić w stan zasychania i łuszczenia, daje się maści łagodne, z których znowu, zdaniem V., są najlepsze 5% garbnikowe albo z garbnika z dodatkiem maści chłodzącéj np. zawierającéj wodę. Jeśli pod wpływem tego leczenia wyprysk nie ustępuje przechodzi on wtedy w

Wyprysk chroniczny. Wyleczenie jego należy do najtrudniejszych, a trzeba przytém starać się o zadosyćuczynienie trzem wymaganiom: 1) Łuski, strupy itp. zakrywające miejsca skóry niezdrowe, oddalić; 2) miejsca sączące doprowadzić do zakrycia się naskórkiem; 3) naciek, przekrwienie i łuszczenie się pozostające po zakryciu się naskórkiem, usunąć. Do oddalenia strupów poleca okłady, natryski, kąpiele parowe lub w wannie, ale w wodzie letniéj, miękkiéj, przegotowanéj, za pomocą wulkanizowanego kauczuku, który się szczególnie dobrze nadaje do wyprysków na głowie, rękach i nogach, jako kaptur, rękawiczki lub pończochy przyrządzony. W miejscach pokrytych włosami lepsze niż woda jest oliwa, a jeśli wydzielina cuchnie, z dodatkiem 5% kwasu salicylowego, na miejsca niepokryte włosami maści z tłuszczów. Jeśli strupy trudno schodzą, zmywa się je nadto mydłem szarém albo wyskokiem mydlanym (*Rp. Sapon. virid.* 200·0, *Spirit. rectificat.* 100·0, *Digere, filtra*). Dla oddalenia twardzizn szcze-

gólnie na dłoni i podeszwie nadają się bardzo dobrze preparaty salicylowe a przedewszystkiém t. zw. *Salicylguttaperchapflaster-mull* Unny (10 do 30gr. na $^{1}/_{5}$ kwadrat. metr.). Plaster ten zostaje 4 dni. Jeśli się nie ma pod ręką tego mulu można przepisać maść z 10% kw. salicylowego i lanolinu. Dla osuszenia sączących miejsc dobrze jest zastósować ichtyol, który jednak nigdy nie zastąpi smoły *(Pix liquida)*. Na wyprysk na głowie, u dzieci najczęściéj występujący, wyborną jest maść salicylowo tłuszczowa *(Rp. Acid salicyl.* 5—10 *Adipis* 100·0). Wyprysk na twarzy pięknie ustępuje pod maścią garbnikowo-salicylową *(Rp. Acid. tann.* 1·0 *Acid. salicyl.* 0·2, *Ung. len.* 10·0) Jeśli maści przytoczone nie pomogły, trzeba przejść do smoły, którą się przykłada tygodniami; jeśli jéj ze względów zewnętrznych (woń nieprzyjemna) zapisać nie można, przepisuje się maść z precipitatu białego i żółtego. (*Allg. Wiener med. Ztg.*, 1887, Nr. 36 i 37). *H. K.*

β. **Sublimat w świerzbie.** Dr. Cubells Calvo uważa ten środek w pewnych okolicznościach za najodpowiedniejszy lek z pomiędzy tylu stosowanych w téj chorobie. Lek ten zasługuje na pierwszeństwo już z téj przyczyny, że nie posiada żadnéj woni, a przytém niejednokrotnie autor stwierdził i wypróbował jego wyższość, jako środka szybko i doszczętnie wyleczającego, czego o wielu innych środkach, przykrą woń w dodatku posiadających, wcale powiedzieć nie można. U pewnéj np. dziewczyny, zresztą całkiem zdrowéj i silnie zbudowanéj, zajął świerzb całe powłoki skórne ciała; ponieważ chora okazywała niepokonany wstręt do wszelkich zwykle praktykowanych w takich razach sposobów leczenia, spróbował autor sublimatu w następującéj formie: Rp. *Hydrargyri bichlorati corr.* 0·50, *Alcohol.* 4·00, *Aq. destill.* 30·00. W pierwszym dniu pomazano chorą skórę dwa razy tym rozczynem za pomocą włosianego pędzelka. Już po 24ch godzinach ustąpiło uporczywe i gwałtowne swędzenie, a po 4ch dniach ślady zapalenia skóry towarzyszącego téj chorobie zaledwie dawały się jeszcze widzieć. Ostrzedz tutaj należy, że w miejscach, gdzie skóra jest nadzwyczaj cienka, oraz gdzie towarzyszące zawsze pasorzytom zapalenie skóry dosięgło znacznego stopnia, trzeba bezwarunkowo zrzec się sublimatu, chyba, że nie potrzebaby go stósować w znaczniejszéj ilości. Również w przypadkach, gdzie wyrzut zajął znaczną część powłok ciała, lepiéj nie stósować chlorku rtęciowego dla uniknięcia wewnętrznych zaburzeń, możliwych w razie znaczniejszego chłonienia rtęci. W ogóle zaleca autor wraz z ustąpieniem przykrego swędzenia usunąć zarazem sublimat, a stósować wtedy środki odmiękczające, oraz ściągające. (*Deutsche Medicinal Ztg.* 1887 Nr. 75.)

Farmakologija.

Dr. Meyjes: **Kalomel jako środek moczopędny.**

Mimo, że już tyle ukazało się prac i to poważnych autorów (Jendrassik, Stiller, Leyden, Senator, Rosenheim) omawiających działanie kalomelu, i mimo, że się przekonano, iż w niektórych przypadkach chorobowych kalomel jedynie jako taki działał, to przecież zdania i zapatrywania jeszcze są pod tym względem bardzo podzielone, a na pytania: dla czego tenże tylko w wielkich dawkach (0·60 do 0·80 dziennie) działa, kiedy mało zostaje wessany, a powtóre jeżeli już rzeczywiście ma działać pobudzająco na przybłonek w nerkach, to tylko wtedy, gdy zdrowy (Leyden), dla czego nie pobudza ich także do zwiększonego wydzielania u osób zdrowych lub zwierząt, albo w przypadkach wysięków opłucnowych i niektórych przypadkach przewlekłego zajęcia nerek, trudno dotychczas stanowczo i trafnie odpowiedzieć. Dr. M. nie rozstrzyga tych pytań w pracy swojéj i przychodzi w końcu do tych samych wniosków, do których i inni na podstawie obserwacyi klinicznéj doszli. Stosował on w klinice amsterdamskiéj kalomel w 15 przypadkach, osiągnął rezultat dodatni i to wcale zadowalający w 8 przypadkach, w pozostałych albo był nieznaczny efekt albo żaden. I dziwić się wypada, że w przypadkach opuchlin w skutek charłactwa, czyto nowotworowego czy malarycznego, z zajęcia nerek lub chorób rdzenia, kalomel żadnéj korzyści nie przyniósł. Z temi przypadkami sprawia się autor krótko. Szczególowiéj za to zajmuje się przypadkami temi, gdzie w skutek chorób wątroby i następowych środek ten stosował. Z ośmiu przypadków zawiódł go kalomel w trzech, gdzie istniała marskość wątroby Laënneca, za to: w jednym, jakkolwiek opuchliny nie było, a istniały tylko napady kolki wątrobowéj z powodu kamyków żółciowych, podawano po 0·065 dziennie, w pierwszych dniach wydzielanie moczu z 500 ccm. podniosło się na 1000 cm. sz., po małéj przerwie podano znowu kalomel, a w dziesiątym dniu podniosło się do 3000 cm. sz. Żółtaczka ustąpiła, a napady nie powtórzyły się więcéj. To samo było i w drugim przypadku kolki wątrobowéj z powodu kamyków żółciowych bez opuchliny, różnica była tylko ta, że już na trzeci dzień podniosła się ilość moczu do 5000, a nawet ją przekroczyła. Bardzo korzystny był wynik w jednym przypadku przewlocznéj marskości wątroby, działał tu kalomel nie tylko na wydzielanie moczu, bo ilość moczu podnosiła się zwolna do 2—3—4, a raz nawet do 6000 cm. sz., ale oprócz tego bywało codziennie przez 10 dni 4—5 wypróżnień. I mimo, że trzy razy zrobiono punkcyję z powodu ogromnego wyparcia przepony ku górze, kalomel zawsze jeszcze się okazał i potrzebny i korzystny. Chora ta przez dwadzieścia dni podczas całéj obserwacyi brała trzy razy dziennie po 0·20 kalomelu, a przerwa była tylko jedna przez 10 dni. Ciężaru ubyło choréj 20 klg. i wyszła ona zdrową do domu.

W jednym przypadku, gdzie istniał wysięk opłucnowy obok marskości wątroby i następowéj opuchliny, pierwszy się utrzymywał, mimo że ostatni zupełnie ustąpił razem z obrzękiem odnóg.

Oprócz powyższych przypadków stósował M. kalomel w przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego i w przypadkach wad sercowych organicznych w stanie niekompensaty, ze skutkiem jużto zupełnie dobrym, jużtéżto nieznacznym.

Na téj podstawie M. stara się stanowczo obalić mniemanie Rosenheima, jakoby działanie kalomelu było tylko następowe po naparstnicy; powinienby kalomel w takim razie wcale nie działać, jeśliby naparstnicy poprzednio nie podano.

O działaniu kalomelu na serce samo ani mowy być nie może, bo tętno i oddychanie zostają zawsze niezmienione. Działania drażniącego na przybłonek w nerkach także nie można w każdym przypadku przypuścić, trzeba więc na razie tylko ograniczyć się do ścisłych obserwacyj i zadowolić się luźnemi wnioskami, że:

1) W niektórych razach kalomel działa wyłącznie jako środek moczopędny.

2) Niekoniecznie muszą wystąpić objawy zatrucia rtęcią przed wystąpieniem działania moczopędnego.

3) Najlepiéj działa on wtedy, jeśli się go podaje przez dwa lub trzy dni, poczém następuje przerwa w podawaniu, aż ilość moczu zaczyna opadać, po dwóch dniach zmniejszania się jéj podaje się go daléj.

4) Zamiast naparstnicy kalomelu podawać nie można, bo nie jest środkiem nasercowym, tylko przeciwopuchlinowym.

5) W przypadkach opuchlin mających swą podstawę w chorobach nerek kalomel mało albo nic nie pomaga.

6) Nie można dotychczas na pewne odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób kalomel zwiększa wydzielanie moczu. (*Deutsche mediz. Wochenschrift* 1887 Nr. 35). *H. K.*

Medycyna sądowa.

Proff. Stokvis i Bokai: **Przyczynek do nauki o otruciu chloranem potasowym.**

Od czasu spostrzeżenia, uczynionego przez Jäderholma w r. 1877, a zwłaszcza badań Marchanda w r. 1879, przypuszczano powszechnie, że działanie trujące chloranu potasowego jest następstwem tworzenia się we krwi methemoglobiny, związku stalszego od hemoglobiny tlennéj, a nieodpowiedniego do utrzymania oddychania wewnętrznego. W r. 1884 Mering szczegółowo tłumaczył sprawę chemiczną, jaka się odbywa po dostaniu się do organizmu większéj dawki soli w mowie będącéj, a mianowicie doszedł do wniosku, że gałczeń tlenny krwi odtlenia chloran potasowy, zamieniając go na chlorek potasu, sam zaś utlenia się na methemoglobinę Już dawniéj jednak chemicy i lekarze (jak Wöhler, Isambert itd.) nie przypuszczali odtlenienia chloranu potasowego w organizmie żyjącym. W ślad za nimi w r. 1886 prof. Stokvis w Amsterdamie, na podstawie badań własnych i ucznia swego Dra Kimmysera, wystąpił stanowczo przeciw tłumaczeniu rzeczy przez Marchanda i Meringa, zaprzeczając nietylko, że chloran potasowy nie ulega redukcyi w organizmie żywym, ale nadto, że wcale nie przychodzi do tworzenia się methemoglobiny, dopóki człowiek lub zwierzę żyją, i że methemoglobina tworzy się dopiero we krwi już gnijącéj, a więc jest objawem czysto pośmiertnym. Według niego działanie trujące chloranu potasowego polega w części na działaniu potasu, a w części na działaniu soli w ogólności. Że zapatrywanie Stokvisa jest słusznem, na to brakło tylko dowodu dodatniego, t. j. badania widmowego krwi za życia. Bokai usiłuje dostarczyć tego dowodu badając sposobem kolegi swego Belkyego w Klausenburgu, ogłoszonym w Archiwie Virchowa t. 106 (Porówn. Przegląd Lekarski, 1886, Nr. 44). Zatruwał króliki parą bezwodnika podazotowego, ponieważ wiadomo, że po otruciu tém najłatwiéj wykazać po śmierci zwierzęcia we krwi jego methemoglobinę, badał uszy zwierząt jeszcze za życia za pomocą przyrządu widmowego i przekonał się, że na pewien czas przed śmiercią już można rozpoznać smugę methemoglobinową, podczas gdy smugi hemoglobiny tlennéj równocześnie znikały. Osiągnąwszy dowód, że jeżeli methemoglobina znajduje się we krwi żyjącego królika, smugę jéj wykazać można z łatwością, robił podobne doświadczenia na królikach otrutych chloranem potasowym, trując je tą solą, wprowadzoną jużto do żołądka, jużtéżto podskórnie, a wtedy nietylko nie był w stanie wykazać smugi methemoglobinowéj za życia zwierząt, ale i po ich śmierci musiał wyczekiwać przynajmniéj $1\frac{1}{2}$ godziny, zanim smuga ta występowała. Ztąd wnosi B., zarówno jak Stokvis, że po otruciu śmiertelném królików za pomocą chloranu potasowego we krwi zwierzęcia żyjącego tworzenia się methemoglobiny wykazać nie można, a jeżeli się ona tworzy, to w tak małéj ilości, że ilość ta żadną miarą nie jest dostateczną, aby mogła uchodzić za przyczynę śmierci. (*Archiv f. exper. Pathol. XXI*, i *D. med. Woch.*, 1887, Nr. 42).

L. B.

VI. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Z tém wszystkiém i pomimo, że Persyja nie posiada wykształconych chirurgów, chorzy leczą się jednak i miejscowi cyrulicy, choć ograniczają swe postępowanie do bardzo prostych sposobów, nie tają się ze wstrętem, jaki zachowują do przepisujących *haszyszat*, oparci na doświadczeniu skutecznego działania pewnéj małéj liczby leków, zajmują się wyłącznie tylko leczeniem wrzodów i ran postrzałowych, a od czasu do czasu oddają się także nastawianiu zwichnięć i opatrywaniu złamań. Wszystkiemi zaś innemi cierpieniami pogardzają; cyrulik tutejszy leczy je z obojętnością i dla tego to, tak jak powstają, tak téż i kończą się one na niekorzyść chorych. W leczeniu zaś ran postrzałowych przedewszystkiém dominuje przesąd, nakazujący odosobnić rannego, trzymać go pod namiotem, ułożyć na dywaniku pod rogóżką, w pierwszych czterech dniach częstemi odwiedzinami i śpiewami w nocy nie pozwolić mu zasnąć aż do chwili, gdy nałożony przez cyrulika opatrunek nie wywrze swojego skutku. Nic téż więcéj prostego, ale i nic nad to godnego uwzględnienia jak właśnie ów perski opatrunek w ranach postrzałowych. Złożony z cienkich warstw smoły ziemnéj (*Lamarh*), poprzedzielanéj kawałkami płótna zmaczanego w gorącym odwarze wody ze styraksu (*Elsteruk*), kładzie się na otwór rany, bez względu, czy ona jest powierzchowną, czy przenikającą, okręca się opaską zmoczoną w wodzie smolnéj i stosownie do okolicy chorobowo dotkniętéj i sił rannego, pozostawia się bez zmiany kilka lub kilkanaście dni. Wyleczenie często nastaje przez rychłozrost, innym razem przez ropienie. W obu jednak przypadkach ranę od chwili jéj zbadania leczy się przeciwgnilnie i ten prosty opatrunek praktykowany tu od wieków względnie do rezultatów, jakie daje, ośmielił mnie porównać go z opatrunkiem Listera, znanym światu dopiero od lat kilkunastu.

Zeskrobywanie powierzchni owrzodzonych pręcikami stalowemi lub zaostrzonemi deszczułkami z drzewa oliwnego, daléj omatanie dostępnéj okolicy płóciennym płatem okrytym cienką warstwą styraksu, to metoda powszechnie tu praktykowana w leczeniu wrzodów. I gdyby tylko każdy dotknięty tém, tak tu częstém, cierpieniem był bardziéj dbałym i zwracał się do cyrulika we wczesnym rozwoju stanu chorobowego, to podobny sposób leczenia bez zaprzeczenia zmniejszyłby liczbę niedołęgów zalegających przedsionki tutejszych meczetów i karawan-serajów, a i obcemu oszczędziłby widoku téj klasy nędzarzy, najczęściéj zawdzięczających długie trwanie cierpienia li tylko ohydnemu niedbalstwu. Bo z innéj strony przykłady tym sposobem wyleczonych wrzodów są tak przekonywające, że można przyklasnąć tutejszym cyrulikom za przechowanie tak prostego a jednak tak skutecznego leczenia wrzodów. Na nieszczęście jednak do tego się tylko ogranicza cały zasób tutejszych chirurgicznych środków. W zwichnięciach bowiem i opatrywaniach złamań nie zauważałem żadnego szczególnie cechującego postępowania. Parę drewienek a na nie kilka chustek, jeżeli opatrunek ma być założony na odnogę; szal i kawałek płótna nasmarowanego żółtkiem z jaja, jeżeli złamane są mostek lub żebro, oto wszystko, czego się tu używa do unieruchomienia okolicy lub odnogi. Że zaś cyrulikowi zależy głównie na przyspieszeniu zrostu odłamków kostnych, więc téż estetyka samego złożenia i następny kształt téj lub innéj kości najzupełniéj go

nie interesują. Ztąd téż i zniekształtnienia, pozostające po złamaniach, są tu zwykłém zakończeniem się niedbalstwa cyrulicego. A sąto przykłady tak tu częste i tak ciekawe, że nie tylko chirurga-amatora zbierającego rzadkie okazy, ale i malarza do wysokiego mogą zainteresować stopnia. Można się jednak spodziewać, że z biegiem czasu cyrulicy perscy, podobnie jak ich współzawodnicy swojscy doradzcy, powoli ustąpią miejsca wykształconym siłom choćby tylko krajowym. Postęp i nauka obrócą w proch ślepotę i zarozumiałość miejscowych znachorów. Zadanie leczącego oparte na trwalszych od dzisiejszych podstawach stanie się nieporównanie łatwiej szém, wpłynie przekonywająco na ogół, a i wyda rezultaty, któremi nie pogardzi jak dotąd i zachodnia literatura fachowa.

Z takim widokiem i takiemi życzeniami wypadło mi się rozstać z tym pięknym krajem, nad którym wisząca zawsze czarna powłoka dżumy zwraca czujną uwagę stróżów zdrowia publicznego, a gdzie i mnie w ciągu czternastomiesięcznéj pogonki udało się spostrzedz niejeden interesujący przypadek, tak ze stanów chorobowych wewnętrznych jak również i cierpień chirurgicznych. Działałem wtedy wprawdzie niezawsze podług wskazań nauki, a tylko najczęściéj tak jak było można. Nurzałem piękne narzędzia Thürriegla i Mathieugo w tkankach nie dla każdego dostępnych; lecz działając nie mogłem zdać sobie sprawy z rezultatów, bo jak ów włoski dentysta urwawszy coś, biegłem z powrotem szukać nowych wrażeń i przykładów. Wyniosłem jednak przekonanie, że pole, jakiego dotknąłem, pod okiem czujnego higijenisty jest dostępném do rozsądnéj i powolnéj uprawy. I jakkolwiek Pers mało się interesuje dobrobytem własnego kraju, nie okazuje zapału do spraw przeprowadzanych przez rząd centralny, jakkolwiek to, co gdzieindziéj zwie się patryjotyzmem, jest dla niego rzeczą obojętną, a opinija osobista jest tu tylko przywilejem pewnéj liczby osób mających w tém swój interes, to jednak tak kraj jak i ludzie ściągają ku sobie przybyszów i niezadługo prawdopodobnie linije kolei żelaznych połączą Reszt z Ispahanem i Bender-Buszyrem, a wtedy Persyja stanie się o dziesięć dni drogi odległą od Krakowa. Towarzystwo „Cook and Soun“ wydawać rozpocznie bilety tam i z powrotem na cały *regular tour* po Persyi. Wtedyto awanturnicy, ludzie fortuny, a spodziewam się, że i czynu, rzucą się do eksploatacyi tego dziewiczego terenu, jednocześnie atoli znikać poczną malownicze różnobarwne stroje, wygodne szarawary, majestatyczne okrycia głowy, wygodny płaszcz z sierści wielbłądziéj, cenne tkaniny z jedwabiu, powabne szale zastąpi obcisla moda zachodnia. Lokomotywy rozpędzą stada gazeli i beduinów w pustyni, dymy fabryk okryją sadzą złociste kopuły meczetów i cywilizacyja Zachodu, choć może i rozproszy ogniska dżumy, ale po za tém zniszczy jeden z rzadkich krajów, do którego nie zdolała jeszcze zaprowadzić ani swych dobrodziejstw, ani też ściśle ją charakteryzującéj wstrętnéj monotonii.

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Ze Zjazdu higijeniczno-demograficznego międzynar. we Wiedniu.

Prof. Brouardel (Paryż): **O sposobach szerzenia się duru brzusznego.**

W przenoszeniu i szerzeniu się duru pośredniczy jak wiadomo woda, powietrze, odzież zanieczyszczona i ręce służby. W sprawozdaniu swojém przechodzi B. każdy z przenośników z osobna.

Że woda pośredniczy w przenoszeniu jadu duru, nie ulega wątpliwości od dawna już przynajmniéj dla większéj części lekarzy. Pouczają nas o tém nie tylko pojedyncze epidemije i przypadki sporadyczne, w których nie można znikąd indziéj domyśleć się dostania się zarazka, jak tylko za pośrednictwem wody. Z licznych przez B. opisanych i przytoczonych epidemij przytoczymy tylko jednę, gdzie klasztór w Clermont zupełnie odosobniony i mający swoje własne źródło, niestykające się ze źródłami miasta, podczas ciężkiéj epidemii duru zupełnie przez niego pominięty został, nie było w nim ani jednego przypadku duru. Jeszcze więcéj utwierdzono w tém świat lekarski, gdy prątki Ebertha dla duru właściwe wykazano nie tylko w kale i moczu durowych, ale i w studniach, rzekach niemi zanieczyszczonych. Głównie przyczynili się do wykazania téj prawdy Chautemesse i Vidal. Zarzut, że woda naturalna nie jest dobrym gruntem dla rozwoju prątków, w ogóle upadł, gdy Wolfhügel i Riedel wykazali, że się w niéj zarówno prątki duru, jak cholery i wąglika bardzo dobrze rozwijają. Zarzut przez niektórych zrobiony przeciw pośredniczeniu wody w szerzeniu się duru, oparty na tém, że się niekiedy znajduje prątki duru w wodzie po zupełném wygaśnięciu epidemii, i że obecność prątków w wodzie jest raczéj następstwem a nie przyczyną duru, odpiera B. jako mało znaczący, boć przecież Thoinot wykazał prątki duru w wodzie wziętéj ze Sekwany powyżéj Paryża, które z pewnością tylko z miejscowości powyżéj Paryża nad Sekwaną położonéj pochodzić mogły, a niejednemu lekarzowi zdarzało się już widzieć, że wiele osób zapadło na dur, które z jednéj studni wodę piły. Inni, mimo, że z téj saméj studni wodę pili, nie dostali duru z powodu chwilowéj odporności.

Że powietrze przenosi nierzadko jad duru, trudniéj przypuścić, a przecież nie można w niektórych przypadkach nic innego o to podejrzywać. Liebermeister sam podaje, że w szpitalu w Bazylei służba lub inni chorzy dostawali duru, którzy się ani z chorymi durowymi, ani salami ich wcale nie zetknęli, np. chorzy z oddziału kiłowego lub ospowego, a w szkole w Colchester zachorowały na dur tylko dzieci w pierwszych ławkach na przeciągu siedzące, innego źródła zarażenia nie można było wykazać. Przeciwko przypuszczeniu możliwości zarażenia się durem za pośrednictwem powietrza nie przemawia nawet, zdaniem B., doświadczenie Chantemessea i Vidala, którzy w powietrzu nad kałem się unoszącém, a za pomocą odpowiedniego aparatu zebraném, nie mogli prątków duru wykazać; może jeszcze nie mamy tak udoskonalonych przyrządów i sposobów do takiego doświadczenia się nadających.

Z innemi przenośnikami prątków duru: odzieżą, służbą, sprawia się B. krótko, poleca tylko gorąco każdemu lekarzowi z osobna, a rządom w szczególności, starać się coś w tym kierunku robić, bo znaczny jest haracz, jaki ludzkość téj ciężkiéj chorobie opłaca; na 100 przypadków duru w 90 woda bywa jéj pośrednikiem. (*Wiener med. Presse*, 1887, Nr. 40 i 41). *H. K.*

Prof. K. Böhm: **O potrzebie odosabniania, o szpitalach ku temu celowi służących i urządzeniu takowych.**

Ze sprawozdania prof. B. wyjmujemy co najważniejsze. Szpitale służące do odosabniania chorych powinny leżeć na obwodzie miasta, a nie w jego środku. Oddalenie ich od innych zakładów i budynków szpitalnych nie powinno wyno-

sić mniéj niż 30 metrów. Nadto powinno się uwzględniać kierunek wiatrów w odpowiedniéj okolicy wiejących i do tego ustawienie szpitala zastosować. Budynek odosabniający powinien być obliczony stosownie do ilości chorych w mieście się zdarzających, w każdym razie lepiéj jest wystawić kilka budynków niż jeden większych rozmiarów. Każdy oddział powinien mieć swego lekarza.

W oddziałach na ospę przeznaczonych powinno się oddzielić lżejsze przypadki od cięższych, a nadto dobrze jest będących na wyzdrowieniu przenieść do osobnego oddziału. W wielkich miastach powinny się władze sanitarne starać o wystawienie osobnych szpitali dla każdéj zakaźnéj choroby częściéj się zdarzającéj. Jeżeli tego nie można dopełnić, należy przynajmniéj tak urządzić, aby w jednym budynku przeznaczonym dla różnych chorób zakaźnych, pojedyncze choroby w osobnych pokojach umieścić, lub każdą na innêm piętrze, a wychodki i inne przedmioty zwykle wspólne, jak łazienki, aby dla każdéj choroby były osobne. W jednéj izbie nie powinno więcéj leżeć chorych nad dziesięciu. Na korytarzach, przedsionkach, przedpokojach powinno być dosyć powietrza, i to nie tylko co do ilości, ale i jakości, przewiew należyty a częsty. Desinfekcyję powinno się przeprowadzać w takich szpitalach w nich samych, na miejscu; kanalizacyję i ścieki w ten sposób należy wybudować, aby nigdzie zastój nie mógł się wytworzyć, a wydzieliny i wydaliny mogły się dopiero po uskutecznieniu desinfekcyi do kanału dostawać. Dobrzeby było, żeby krewni lub znajomi nie odwiedzali chorych w izbach, lecz porozumiewali się z nimi albo listownie w osobnych poczekalniach, albo za pomocą telefonu. Służbie nie wolno nigdzie poza gmachem mieszkać, lecz tylko w nim, bo i ona także musi być odosobniona. (*Allg. Wiener med. Ztg.* 1887, Nr. 36, 37, 38). *H. K.*

(*H. K.*) Spillmann i Haushalter przedłożyli Akademii paryskiéj prace swe o szerzeniu się i przenoszeniu prątków gruźliczych za pośrednictwem much. Łowili oni i zbierali muchy pod dzwonem szklanym, które usiadały na spluwaczkach zawierających plwociny suchotników. Po 24 godzinach ginęły one, a odchody ich i narządy badane na prątki, wykazały obecność tychże. Obaj autorzy oświadczają się dla tego za dokładnêm nakrywaniem spluwaczek używanych przez chorych gruźliczych i za dokładnêm ich odwietrzaniem. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887, Nr. 35).

(*H. K.*) Wymowniejszych cyfer, niż niżéj przytoczone, przemawiających za zaprowadzeniem wodociągów, przynajmniéj w większych miastach, już chyba przytoczyć nie potrzeba. We Wiedniu umarło rocznie na dur brzuszny przed zaprowadzeniem wodociągów w r. 1872: 636 ludzi, w r. 1873: 649 osób, w tym roku zaprowadzono wodociągi, liczba ich spadła już w r. 1874 na 314, 1876 na 225, 1879 na 140, 1882 na 109, 1884 na 69, 1886 na 61.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 25 września do 1 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 38,4. Z płonicy umarło 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z gruźlicy 12 (5 z. t.); z zapalenia płuc 5 (3 z. t.); z zapalenia kiszek 9 (6 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku krztuśca, 5 płonicy, 1 czerwonki, 1 dławca. W tygodniu od 18—24 września umarło z ospy: we Lwowie 1, w Brodach 2, w Czerniowcach 1, w Budapeszcie 2, w Tryjeście 8, w Warszawie 24, w Paryżu 3. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 31, w Londynie 14, w Petersburgu 8. Z odry umarło w Stanisławowie 1, w Tarnopolu 1, w Paryżu 10, w Londynie 11, w Kopenhadze 23. Z płonicy umarło we Lwowie 2, w Brodach 4, w Drohobyczu 1, w Przemyślu 1, w Tarnopolu 1, w Wiedniu 9, w Londynie 38. w Petersburgu 8. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 6, w Brodach 3, w Drohobyczu 2, w Przemyślu 2, w Berlinie 35, w Warszawie, w Wiedniu, Petersburgu i Wrocławiu po 9; w Budapeszcie 12, w Pradze 11, w Paryżu 15, w Londynie 29. Z krztuśca umarło we Lwowie 1, w Paryżu 8, w Londynie 36.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 18—24 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 20,6; we Lwowie 37,5; w Brodach 63,5; w Drohobyczu 54,4; w Kołomyi 28,0; w Przemyślu 39,1; w Stanisławowie 37,6; w Tarnopolu 47,1; w Tarnowie 20,3; w Czerniowcach 43,1; w Wiedniu 20,7; w Salcburgu 36,8; w Tryjeście 33,7; w Insbruku 14,0; w Pradze 28,3; w Bernie 34,5; w Ołomuńcu 17,9; w Opawie 18,8; w Warszawie 33,0; w Poznaniu 29,3; w Berlinie 20,3; we Wrocławiu 26,3; w Gdańsku 21,4; w Dreźnie 23,7; w Hamburgu 23,4; w Kolonii 20,0; w Lipsku 20,6; w Mnichowie 24,7; w Strasburgu 16,8; w Amsterdamie 19,2; w Brukseli 23,4; w Budapeszcie 27,3; w Chrystyjanii 21,4; w Kopenhadze 27,3; w Londynie 14,4; w Odesie 29,4; w Paryżu 18,1; w Petersburgu 20,2; w Rzymie 32,2, w Stokholmie 18,7; w Wenecyi 30,0. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 27 października. Czytamy w *Medycynie*: Prof. Włodzimierz Brodowski, który z d. 18 b. m. przestał być dziekanem Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie warszawskim, a pełnił zaszczytne te obowiązki przez lat 18 z rzędu, cieszy się powszechnym szacunkiem tak kolegów jak i uczniów. Otoczony powagą człowieka głębokiéj nauki, wzbudzał poważanie w swoich uczniach przez staranny, jasny i wszechstronnie opracowany wykład, przez sumienne załatwianie wszystkich spraw odnoszących się do ważnego urzędu, jaki piastował, oraz przez prawdziwie ojcowskie z nimi obchodzenie się. Surowy ale sprawiedliwy w sądzie, ułatwiający wszystkim wszystko, o ile daje się to pogodzić z literą prawa, szafujący oględnie i rozumnie funduszem dla niezamożnych studentów, przejęty gorącêm zamiłowaniem do nauki, któréj życie swoje poświęcił, zacny i szlachetny w każdéj swéj myśli i w każdym uczynku, b. dziekan zasłużył się dobrze naszemu społeczeństwu. Do tego wieńca zasługi, który myślące czoło jego zdobi, pragniemy i my, którzy na przeszło ćwierćwiekową działalność jego z bliska się patrzymy, wpleść skromny nasz listek. Oby żył jak najdłużéj i oby jak najdłuższe lata przyświecał nam swojemi wysokiemi obywatelskiemi cnotami!

Obecnie wybrany został dziekanem Wydziału lekarskiego prof. anatomii Dr. Mikołaj Czausow".

* Na posiedzeniu ostatniêm Wydział lekarski przedstawił Ministerstwu do zatwierdzenia na posadę asystenta przy katedrze fizyjologii Drnda Wiktora Idzińskiego.

* D. 27 października w mieście francuskiêm Tours odbędzie się jednocześnie odsłonięcie pomników trzech sławnych lekarzy: Velpeau, Trousseau i Bretonneau.

* **Rosyja. Petersburg.** Inspektor lek. wojskowy w Kaukazie Dr. Adolf Remmert mianowany został głównym lek. inspektorem armii. Jestto człowiek czynu i nauki; jako lekarz zajmuje się głównie ginekologiją, higijeną i balneologiją. Po zajęciu Merwu pierwszy jako lekarz objechał kraj stepowy zakaspijski, a podczas sprawowania urzędu na Kaukazie śmiertelność armii zeszła z 13·5 do 7·1 na 1000. Spodziewają się wielkich korzyści z jego kierownictwa dla zdrowia armii oraz dla znaczenia lekarzy wojskowych w Rosyi. — **Wołogda.** Dr. Paweł Malczewski, pochodzący z gub. Grodzieńskiéj, dotychczas lekarz 82 rezerw. batalijonu, otrzymał posadę asystent a przy katedrze higijeny przy Akademii med. chir. w Petersburgu. — **Kazań.** Wiadomość podana w Nrze 41 Przegl. Lek., a zaczerpnięta z *Wracza* o przejściu prof. Adamiuka w stan spoczynku, według listownego doniesienia, jest przedwczesną. *Dr. J. T.*

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Nadzw. prof. Dr. Jarosław Hlava mianowany został zwyczajnym profesorem anatomii patologicznéj w Wydziale czeskim, a prof. nadzw. Dr. Zygmunt Mayer zwyczajnym profesorem histologii w Wydziale niemieckim. — **Insbruk.** Następcą prof. Langa ma zostać docent wiedeński Dr. Jarisch. — **Manchester.** Dr. Jakób Ross mianowany profesorem medycyny w Owens College. —

Monachijum. Docent higijeny Dr. Renk mianowany został radcą rządowym i członkiem ces. Urzędu zdrowia. — **Petersburg**. Prof. Petri z Berna szwajc. mianowany nadzw. profesorem uniwersytetu.

* **Nekrologija**. D. 28 września ob. umarł w Lipsku z raka żołądka zasłużony botanik Dr. Leon Cieńkowski, urodzony w Warszawie w r. 1822. Był on profesorem botaniki w Petersburgu, Odessie i Charkowie a jeszcze w r. 1882 wysłany został za granicę celem poznania się bliższego z pracami Pasteura i Kocha. Zasłużył się w bakteryjologii i szczepieniu księgosuszu a głośną była praca jego, ogłoszona w r. 1856 p. t. *Zur Genesis des einzelligen Organismus*, którą uczeni niemieccy uznali za dowód samorództwa, a głośniejszą jest druga jego praca, którą ogłosił wkrótce potém, a w któréj sam dowód przeciwny przeprowadził.

W Suwałkach umarł tameczny gubern. inspektor lekarski Dr. Rutkowski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 42: Rydygiera: Jaką być powinna nauka chirurgii w naszych czasach; Wróblewskiego: Gruźlica gardzieli; Matlakowskiego: 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.); Winawera: Torbiel wrodzona pod powieką dolną. — W *Medycynie* Nr. 43: Rydygiera: Jaką być powinna nauka chirurgii w naszych czasach; Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. HLAVA: Význam mikroorganismu při variole, str. 16.

Dr. OBRZUT: O bunkach obrovských, str. 19.

Prof. THOMAYER: O pohybech sdružených str. 14.

Dr. MAREŠ: Původ kyseliny močové u člověka, str. 20.

Wszystkie te rozprawy są odbitkami ze Sbornika lekarskiego II., 1, 1887 w Pradze.

Dr. J. PAWIŃSKI: Powikłanie włóknikowego zap. płuc zakażném zap. wsierdzia (Odbitka z *Gaz. Lek.*), Warszawa, 1887, in 8vo, str. 31.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. Z. w Warszawie, Dr. R. we Lwowie, Drowie C. i K. w Jaśle, Dr. K. w Krakowie, Dr. K. w Celebic w Bośnii: Otrzymaliśmy i umieścimy. — Wszystkich szan. współpracowników prosimy, aby zasyłając prace zechcieli odrazu naznaczyć na rękopiśmie, czy i ile odbitek sobie życzą. Życzeń późniéj wyrażonych częstokroć bez wielkiego wydatku uwzględniać już nie można.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.